

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
HUSITSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA

Katedra psychosociálních věd a etiky

Bakalářská práce

Poruchy příjmu potravy a jejich vliv na mateřství

Eating Disorders and Their Influence on Motherhood

Vedoucí bakalářské práce:

PaedDr. Mgr. Hana Žáčková

Autor:

Marie Vavrušková

Praha 2014

Poděkování

Děkuji své vedoucí práce PaedDr. Mgr. Haně Žáčkové za poskytnutí odborných rad, cenných podnětů a připomínek. Dále občanskému sdružení Anabell za konzultace a zapůjčení odborné literatury, taktéž celé mé rodině a příteli za podporu při studiu. V neposlední řadě pak děkuji matkám s poruchami příjmu potravy, které mi poskytly soukromé informace pro rozhovory a kazuistiku.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci s názvem „Poruchy příjmu potravy a jejich vliv na mateřství“ zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu.

V Praze dne:

.....

Marie Vavrušková

Anotace

Tato bakalářská práce „Poruchy příjmu potravy a jejich vliv na mateřství“ se skládá z teoretické a praktické části. Teoretická část práce vysvětluje co poruchy příjmu potravy (dále jen PPP) jsou, jaké jsou jejich druhy, příčiny a zmiňují se v ní i o vznik a historii těchto poruch. Dále se v práci zabývám PPP u žen v těhotenství a během mateřství. Je zde popisována reprodukční schopnost matky ovlivněná mentální anorexií a bulimií, popsáno je i doporučené stravování během těhotenství a možnosti léčby PPP. Praktická část obsahuje anonymní rozhovory s matkami s PPP a kazuistiku matky s mentální anorexií. Cílem bakalářské práce je upozornit na problém PPP v mateřství, zodpovědět otázky matek s touto poruchou a podat jim touto cestou „pomocnou ruku“.

Klíčová slova: poruchy příjmu potravy, mentální anorexie, mentální bulimie, těhotenství, mateřství, schopnost reprodukce, stravování matek s PPP

Annotation

This Bachelor thesis „Eating disorders and their influence on motherhood“ consists of a theoretical and practical part. The theoretical part explains what eating disorders (hereinafter ED) are, what are their types and causes. I am also interested in the origins and history of these disorders. Further in the thesis, I cover women with ED during pregnancy and maternity. The ability to reproduce is described and how it is influenced by anorexia and bulimia, also, the recommended diet for pregnancy is described, as are the possibilities of treating ED. The practical part includes anonymous interviews with mothers with ED and the casuistry of a mother with anorexia nervosa. The aim of the Bachelor thesis is to show the problem of ED in maternity, answer questions of mothers with this disorder and in this way, „extend a helping hand“.

Key words: eating disorders, anorexia nervosa, bulimia nervosa, pregnancy, maternity, ability to reproduce, diet of mothers with ED

Obsah

ÚVOD	8
1 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY (PPP)	9
1.1 Definice mentální anorexie	10
1.1.1 Příznaky mentální anorexie	11
1.1.2 Posouzení tělesné hmotnosti	13
1.2 Definice mentální bulimie	14
1.2.1 Příznaky mentální bulimie	14
1.2.2 Pocit přejedení	16
2 HISTORIE VZNIKU PORUCH PŘÍJMU POTRAVY	17
3 PŘÍČINY VZNIKU PORUCH PŘÍJMU POTRAVY	19
3.1 Rodinné a genetické faktory	20
3.2 Sociální a kulturní faktory	21
3.2.1 Porucha vnímání tělového schématu	21
3.3 Biologické faktory	23
3.4 Životní události	23
3.5 Emocionální faktory	24
3.6 Osobnost a další psychické charakteristiky	24
4 PPP U TĚHOTNÝCH ŽEN A REPRODUKČNÍ SCHOPNOST	25
4.1 Poruchy menstruačního cyklu a poruchy sexuality	27
4.2 Plodnost	28
4.3 Průběh těhotenství	29
4.4 Plánované rodičovství	31
4.5 Mateřská obezita	32
4.6 Porod u žen s nízkou váhou trpících PPP	33
4.7 Průběh porodu u obézních rodiček	33
4.8 Anamnéza PPP a vysoké riziko poporodních komplikací	34
4.9 Asistovaná reprodukce	34

5	VÝŽIVA ŽEN S PORUCHOU PŘÍJMU POTRAVY V TĚHOTENSTVÍ.....	36
5.1	Doporučená skladba potravin obsažená v jídelníčku těhotné matky	37
5.2	Doporučená skladba vitamínů a minerálů obsažených v jídelníčku těhotné	38
6	PŘEHLED NEJČASTĚJŠÍCH FOREM LÉČBY MATEK S PORUCHAMI PŘÍJMU POTRAVY.....	40
6.1	Rodinná terapie a poradenství.....	40
6.2	Rozhovor s přítelem, partnerem.....	41
6.3	Hospitalizace a částečná hospitalizace	41
6.4	Svépomocné podpůrné skupiny a řízená svépomoc	42
6.5	Kognitivně behaviorální terapie.....	42
6.6	Nutriční poradenství	43
6.7	Farmakoterapie	44
6.8	Další možné léčebné metody a terapie	44
7	ROZHOVORY A KAZUISTIKA S MATKAMI, KTERÉ TRPÍ PPP	46
7.1	Rozhovor - Jana, 37 let	46
7.2	Rozhovor - Ivana, 30 let	48
7.3	Rozhovor - Lenka, 31 let	49
7.4	Kazuistika - Markéta, 27 let.....	51
7.5	Shrnutí rozhovorů a kazuistiky	55
	ZÁVĚR	56
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	57
	SEZNAM PŘÍLOH.....	59

Seznam zkratek

- BMI Body mass index, index tělesné hmotnosti
- FAS Fetální alkoholový syndrom
- KBT Kognitivně behaviorální terapie
- Mcg Mikrogram
- Mg Miligram
- MKN-10 Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů - desátá revize
- PPP Poruchy příjmu potravy
- TS Tělové schéma

ÚVOD

Mentální anorexie a mentální bulimie patří mezi takzvané poruchy příjmu potravy. Postihuje především dívky, mladé ženy, ale i chlapce. Ještě mnohem závažnější je, pokud tuto diagnózu má žena chystající se na mateřství nebo dokonce žena dítě vychovávající. Dítě i matka se vystavují mnoha závažným rizikům a to nejen zdravotním, vlivem své nízké váhy, ale i tím jak dítěti matka připravuje stravu a jak jej vychovává po stránce budoucích návyků, ale i po stránce psychické. Přes zdánlivou odlišnost vyhublých pacientů s mentální anorexií jsou si tyto dvě nemoci (anorexie i bulimie) velmi podobné. Nejlépe je vystihuje strach z tloušťky, hlídání svého jídelníčku a neustálé pocity viny.

Téma „Poruchy příjmu potravy a jejich vliv na mateřství“ jsem si vybrala proto, že již od prvního ročníku studia dobrovolně pomáhám v občanském sdružení Anabell, které nabízí pomoc a podporu osobám postiženým i ohroženým poruchami příjmu potravy a kde se s pacientkami trpícími poruchami příjmu potravy setkávám. Zaměření na matku a dítě jsem si zvolila proto, že jsem o tomto tématu moc neslyšela. Ve společnosti se o něm téměř nehovoří a je na něj málo poukazováno. Ani v odborné literatuře jsem nenašla mnoho zmínek, a proto bych na něj chtěla upozornit touto cestou. Bakalářskou práci jsem rozdělila do sedmi kapitol, které tvoří teoretickou a praktickou část. Teoretická část se zabývá obecným rozdělením, příčinami a historií PPP. Dále se zaměřuje již konkrétně na reprodukční schopnost matky s PPP i nejčastější formy jejich léčby PPP. Praktická část zahrnuje anonymní rozhovory a kazuistiku pacientek s PPP, které již dítě mají.

Jak jsem již zmínila, v občanském sdružení Anabell jsem dobrovolníkem od prvního ročníku studia (r. 2011 - 2014). Měla jsem možnost a nadále mám se zde osobně setkávat s těmi, kteří musí čelit tak těžké osobní situaci. Občanské sdružení Anabell nabízí pomoc a podporu osobám postiženým i ohroženým poruchami příjmu potravy. Proto bych ráda tuto práci věnovala ženám v těhotenství a matkám, které PPP trpí. Ráda bych, aby našly v mé práci oporu a možná i pomoc při svém nelehkém rozhodnutí bojovat s touto zákeřnou psychickou poruchou, nebály se obrátit s žádostí o pomoc na své blízké a okolí a našly tu co možná nejlepší podporu a terapii pro uzdravení a neničily tak životy sobě a svým dětem.

1 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY (PPP)

Poruchy příjmu potravy jsou jedním ze závažných psychiatrických onemocnění, které zahrnují změny jak v oblasti psychické, tak i somatické. Jedná se o nemoc, která byla podrobněji popsána během posledního půlstoletí. Někteří autoři i lékaři ji zařazují mezi choroby civilizační. Postihuje zejména dívky, mladé ženy, ale v dnešní době i chlapce především v adolescentním období. (Krch a kol., 1999, str. 11 - 12)¹

PPP u chlapců jsou nejčastěji zaznamenávány u vrcholových sportů, jako jsou například: skoky na lyžích, balet, rychlobruslení, jezdeckví a krasobruslení. Výskyt těchto poruch je u chlapců až desetkrát nižší než u dívek. Muži se za PPP obvykle stydí, vadí jim, že mají podobné problémy jako ženy. (Novák, 2010, str. 43)

V občanském sdružení Anabell jsem se setkala nejen s mladými dívkami trpící touto poruchou, ale i se ženami ve starším věku, u nichž začíná menopauza. Tyto ženy většinou uvádí jako důvod k hubnutí, držení diety, cvičení a bulimického zvracení hormonální změny a náhlou změnu života (výpověď v práci, odchod dětí z domova, rozvod). Přesný počet všech dívek i chlapců, kteří trpí touto poruchou, je velmi obtížné zjistit, protože mnozí z nich nevyhledávají odbornou ani terapeutickou pomoc.

Desátá revize MKN-10 rozlišuje dva pojmy v oblasti poruch příjmu potravy a to mentální anorexii a mentální bulimii. Obě tato onemocnění mohou přecházet jedno v druhé, ale ve většině případů mentální bulimii předchází mentální anorexie a to tak, že pacient dlouhou dobu odmítá jídlo, drží diety a denně úporně cvičí. Podle odborné literatury je to až 50% pacientů, kteří trpí mentální anorexií přecházející do mentální bulimie. (Krch a kol., 1999, str. 13)

Zatímco pacientům s mentální anorexií se většinou daří hubnout a vydržet úporné diety, pacienti s mentální bulimií často začnou jíst více, než by chtěli a tloustnou. Často bývají zklamaní, mají pocity viny a méněcennosti, proto obvykle sahají po jiných metodách. Začínají držet přísné diety, mnozí sáhnou po projímadlech nebo začnou s vyprovokovaným zvracením. Z těchto zoufalých pokusů se často vyvine návyk a pacienti ho opakují několikrát denně. (Krch, Málková, 2001, str. 71 - 76)

¹ V celé práci jsem si vědoma, že pokud cituji přímo, je citace označena kurzívou, pokud určitý text parafrázuji, uvádím pro přesnost čísla stránek, ze kterých jsem čerpal.

V rámci praxe v občanském sdružení Anabell, jsem pochopila a bylo mi řečeno, že závažnost těchto nemocí netkví jen v tom, že si ničí životy mladí lidé, ale také že působí dlouhodobé obtíže a problémy svým partnerům, rodinám, známým a hlavně svým dětem. Poruchami příjmu potravy je v dnešní době velmi jednoduché onemocnět. Současný svět je nyní ovlivněn západní civilizací, kultem krásy a štíhlostí modelek, se kterými se denně setkáváme v médiích. Nejčastěji bývá uváděna modelka Lesley Lawson, známá pod přezdívkou Twiggy, která svou nízkou váhou (způsobenou PPP) a androgenním vzhledem ohromila celý svět nebo britská herečka a velvyslankyně UNICEF Audrey Hepburnová, která měla s PPP také problémy.

1.1 Definice mentální anorexie

Mentální anorexie je jednou z poruch příjmu potravy. Tato porucha je charakterizovaná zejména úmyslným snižováním tělesné hmotnosti. Pacienti s mentální anorexií, neodmítají jídlo z důvodu, že nemají hlad, ale proto že jíst prostě nechťejí. Důsledkem hladovění často bývá nechutenství nebo oslabení chuti. U některých nemocných pacientů můžeme pozorovat zvýšený zájem o jídlo a všechno, co s ním souvisí. Pacienti často sbírají recepty, rádi vaří, nakupují a pro okolí bývá často nepochopitelné, když doktor stanoví pacientovi diagnózu „mentální anorexii“. (Krčh, 2010, str. 25 - 26)

Anorektičtí pacienti drží přísné diety a několikrát denně cvičí, jejich averze k jídlu je tak velká, že denně dokáží například sníst jen malý kousek jablka a kelímek jogurtu. Neustále se kontrolují a váží, jestli nepřibrali za den nějaký kilogram navíc. Od okolí často slýchávají narážky na svou postavu například: „jsi moc hubená“. Tyto narážky pacientům s anorexií lichotí a naopak, když je někdo z okolí pochválí za plnější postavu, mívají depresivní nálady, výčitky a svádí je to ještě k většímu držení diet a cvičení. Proto je velmi důležité, jak s pacienty s mentální anorexií mluvíme, musíme být při komunikaci velmi opatrní, abychom je v nemoci ještě více nepodporovali. (Krčh, 2010, str. 25 - 26)

Mentální anorexii rozdělujeme do dvou typů:

- **Nebulimický (restriktivní) typ:** Během této epizody mentální anorexie nedochází u pacientů k záchvatovitému přejídání, jen k dlouhodobému držení diet.

- Bulimický (purgativní) typ: Během této epizody mentální anorexie dochází u pacientů k záchvatovitému přejídání. U pacientů s tímto typem onemocnění se setkáváme s poruchami nálady, závislostí na alkoholu a někdy i s odlišnou osobnostní strukturou. S tím pak také souvisí delší a hlavně komplikovanější průběh nemoci, častější relapsy a menší odezva terapie. (Krch a kol., 1999, str. 15)

1.1.1 Příznaky mentální anorexie

Pacienti nemusí mít vždy stejné příznaky. Příznaky mohou být individuální a objevovat se v různé intenzitě. Hlavním příznakem, který nás může upozornit na problém je příliš nízká váha pacienta. Anorektičtí pacienti mají vystouplé kosti, hlavně žebra a velmi slabou kůži.

Další nápadnou vlastností pacientů s anorexií je vyhýbání se jídlu a časté cvičení. Pacienti se začínají vyhýbat stravě, kterou dříve běžně jedli, změny v chování odůvodňují tím, že pouze jedí zdravě. Vyhýbají se sladkým jídlům a některá jídla úplně vynechávají. Jejich změny jsou v jídelníčku dodržovány se stále větší důsledností, můžeme zde hovořit o takzvané „rafinovanosti“. Své chování odůvodňují tím, že na jídlo prostě není čas ani chuť, neustále se „vymlouvají“ například: „Už jsem dnes jedla ve škole“ nebo „Najím se až potom“. Jejich jídelní rituál se protahuje, v jídle se často „rýpají“ a jedí velmi pomalu, přemýšlí nad tím, kam by jídlo ukryli. Stále tvrdí, že si jídlo musí vychutnat, nebo jen že chtějí „jíst v klidu“, což znamená, že ujídají například polévku miniaturní lžičkou až 30 minut. Jejich chutě mívají časté změny, snadno se jim udělá po jídle špatně. Pijí větší množství kávy a vynechávají běžný pitný režim, bývají často dehydratovaní nebo naopak pijí hodně a zahánějí tekutinami hlad. Vyhýbají se večeřím a obecně stolování ve společnosti, přecitlivě reagují na to, když je při jídle někdo pozoruje. Když jedí, vypadají strnule a napjatě, neustále své porce zkoumají a když něco malého snědí, obrovským způsobem to přehnaně zveličují, kolik toho už dnes snědli a jak jsou najedení. Na tlak donutit je jíst, reagují pacienti s anorexií většinou kategorickým odporem, někdy až hysterickým chováním. (Krch, 2010, str. 29 - 49)

Neustále se zabývají svou postavou a tělesnou hmotností, váží se a prohlížejí před zrcadlem několikrát denně. Někteří pacienti naopak váhu „obloukem obcházejí“, mají strach z vážení, bojí se, že přibrali. Nosí často volné oblečení v několika vrstvách nebo naopak upnuté

oblečení, aby upozornili na svou „štíhlou“ postavu a byli obdivováni. Mají neustálou potřebu něco dělat (jsou hyperaktivní), jak již bylo řečeno, několikrát denně tvrdě cvičí. Dokáží například chodit mnohakilometrové vzdálenosti pěšky, cvičit v několika vrstvách oblečení, aby výsledek byl co nejefektivnější, nedokáží jen tak v klidu posedět. Mívají potřebu mít všechno srovnané, neustále již urovnané věci přerovnávají a nutkavým způsobem uklízí, myjí nádobí, starají se o domácí zvířata a někdy i vykrmují ostatní členy v rodině. Můžeme zde nalézt spojitost s obsedantně kompulzivní poruchou, která souvisí se zvýšenou úzkostlivostí. Všechny tyto zmíněné projevy jsou u ní zaznamenány. (Krch, 2010, str. 29 - 49)

Ze zdravotních obtíží se jim nejprve objevuje zácpa, kažení zubů, vypadávání vlasů, porucha menstruace, zhoršení pleti a zvýšené ochlupení. Mívají problémy se spánkem, zhoršuje se jejich koncentrace pozornosti, zpomaluje se pracovní tempo, mění se jejich pracovní a denní režim. Po prvním zhubnutí se dostavuje zvýšené sebevědomí, pacienti bývají i velmi společenští. V průběhu nemoci toto zdánlivě pozitivní období střídá období uzavírání se do sebe, vyhledávání samoty, stranění se přátel a rodiny. Vidí svět „černobíle“. Pacienti odmítají činnosti a aktivity, které dříve měli rádi a normálně je provozovali. Mají neustálé pocity viny spojené s depresemi, špatnou náladou a podrážděností. (Krch, 2010, str. 29 - 49)

Základní diagnostická kritéria mentální anorexie podle MKN-10 (F50.0):

- a) Tělesná hmotnost je udržována nejméně 15 % pod předpokládanou úrovní (ať už byla snížena nebo nebyla nikdy dosažena), nebo Body Mass Index (BMI = index tělesné hmotnosti) je 17,5 (kg/m²) a nižší. Prepubertální pacienti nesplňují během růstu očekávaný hmotnostní přírůstek.
- b) Snížení hmotnosti si nemocný způsobuje sám (provokativní zvracení, užívání projímadel, anorektik a diuretik, laxativ a nadměrné cvičení).
- c) U pacienta přetrvává zkreslená představa o vlastním těle, neustálý strach z tloušťky, která vede jedince ke stanovení si velmi nízkého hmotnostního prahu (optimální či cílová váha).
- d) Rozsáhlá endokrinní porucha, projevující se u žen jako amenorea (vynechávání menstruace), u mužů se ztrácí potence a veškerý sexuální zájem. U pacientek s náhradní hormonální léčbou (forma antikoncepčních tabletek) se může výjimečně

vyskytnout přetrvávající děložní krvácení. Dále se mohou vyskytnout zvýšené hladiny růstového hormonu a odchylky ve vylučování inzulínu.

- e) Pokud je začátek onemocnění diagnostikován před pubertou, jsou některé pubertální projevy opožděny nebo jsou dokonce zastaveny (zastavuje se růst, dívkám se nevyvíjejí prsa a dochází k primární amenoree - první menstruace se nedostaví).

(Krch a kol., 1999, str. 15)

František Krch uvádí že: „*příčinou nechutenství a hladovění mohou být i různé zdravotní obtíže, jak například tuberkulóza nebo některá nádorová onemocnění. Pacienti by neměli s diagnózou mentální anorexie spěchat a nejprve navštívit svého lékaře. S některými anorektickými příznaky je možné se setkat i u těžkých depresí a toxikomanie.*“

(Krch, 2010, str. 26)

1.1.2 Posouzení tělesné hmotnosti

Nejjednodušším posouzením váhy pacienta s mentální anorexií je využitím takzvaného indexu tělesné hmotnosti (BMI), který vyjadřuje poměr tělesné váhy a výšky pacienta.

$$\text{BMI} = \frac{\text{hmotnost}}{\text{výška}^2}$$

Pro představu a běžné použití je tento index dostačující. Nepoužívá se však u malých dětí, sportovců a starších lidí, výsledky jsou pouze orientační.

Normální hodnoty BMI se u dívek pohybují od 19 do 24. O obezitě hovoříme až u hodnot vyšších než je BMI 30. Podváha začíná na hodnotě 18,5, důležitý zlomový bod je však číslo 17,5. Pacienti s mentální anorexií mají často hodnotu indexu tělesné hmotnosti i mnohem nižší. (Krch, 2010, str. 86)

1.2 Definice mentální bulimie

Mentální bulimie je porucha charakterizovaná zejména opakujícími se záchvaty přejídání, spojenými s přehnanou kontrolou tělesné hmotnosti. Lidé trpící mentální bulimií mají obvykle narušené vnímání vlastního těla. Mají zkreslené představy o vlastním těle, v zrcadle se vidí „tlustší“ než jsou. (Krch, Marádová, 2003, str. 7)

Po přejedení často u bulimie dochází k vyprovokovanému zvracení ze strachu přibrání na váze. Následují pak pocity viny, méněcennosti a samoty spojené s depresemi. Pacienti s bulimií nejsou svou nemocí tolik nápadní, jako je tomu u mentální anorexie, zůstávají obvykle štíhlí až plnoštíhlí a jejich váha se málokdy dostane na hranici ohrožení života. V některých výjimečných případech jsou pacienti s bulimií plnějších tvarů. Oproti anorektikům svou nemoc vnímají a dobře vědí, že jejich chování není v normě. Často se snaží spolupracovat s lékaři a jsou výrazněji motivovanější k tomu, aby se z mentální bulimie uzdravili. Většina pacientů s bulimií mívá záchvaty přejídání přinejmenším jednou denně a to většinou večer, když si myslí, že o tom nikdo neví a jsou sami. Mentální bulimii často předchází období anorexie nebo období intenzivnějšího omezování se v jídle, diety a nadměrné cvičení. (Krch a kol., 1999, str. 17 - 19)

Mentální bulimii rozdělujeme do dvou specifických typů:

- Purgativní typ: Provádí pravidelně zvracení, zneužívá laxativa nebo diuretika.
- Nepurgativní typ: Používá přísné diety, hladovky nebo intenzivní fyzické cvičení, ne však pravidelné purgativní metody.

(Krch a kol., 1999, str. 18)

1.2.1 Příznaky mentální bulimie

Bulimičtí pacienti mívají postavu s plnějšími tvary (jsou plnoštíhlí), nejsou tak extrémně vyhublí jako jsou pacienti s mentální anorexií. Mentální bulimie obvykle začíná mezi šestnáctým a pětadvacátým rokem a její častou předchůdkyní bývá mentální anorexie. U pacientů s mentální bulimií můžeme sledovat několik příznaků. Tím hlavním je zvýšený zájem o vlastní

tělo, především neustálá kontrola váhy, střídání diet a úporné cvičení, které provozují i několikrát denně. (Krch a kol., 1999, str. 19 - 23)

Dále je to čas, který tráví v obchodech a supermarketech, denně si odnášejí plné tašky jídla a většinou ten samý den vše konzumují a i cestou z obchodu jídlo z nákupních tašek ujídají. Měsíčně utratí za potraviny tolik, co čtyřčlenná rodina. Neuvědomují si, co která potravina stojí a házejí do nákupního košíku vše, co se dá rychle sníst a co půjde snadno vyzvracet. Většinou se jedná o potraviny, k sobě se nehodící a nepotřebující dlouhou a tepelnou přípravu, jako jsou například: sýry, paštiky, salámy, šunky, pečivo, sušenky, jogurty, masové konzervy, slané brambůrky, čokolády, zavařeniny, mražená zelenina, konzervované ovoce a jiné. Po tomto cyklu přejedení dochází k výčtkám a pacient si často říká, že situaci opět nezvládl. Dostavují se deprese, pocity samoty a méněcennosti. V tuto chvíli pacienti začínají s vyprovokovaným zvracením, které po častém opakování přejídání přichází mnohdy samo i bez vyvolání. Tyto epizody se stále střídají a jsou u pacientů na denním pořádku. Tento problém popisuje Cooper, který uvádí, že: *„Naprostá většina bulimiček kompenzuje přejídání vynuceným zvracením. Dělají to v ústraní a tajně. Obvykle postupují tak, že si hluboko do krku strčí prsty nebo nějaký předmět, čímž vyvolají reflex zvracení. Asi čtvrtina bulimiček, která zvrací, dokáže reflex zvracení ovládat, to znamená, že jsou schopny vyvolat si zvracení tak, že se jednoduše nakloní dopředu nebo si přitisknou ruku na žaludek.“* (Cooper, 1995, str. 28)

Pacienti s mentální bulimií jsou často unavení, jsou citliví na změny počasí, trpí poruchami spánku a mají sníženou výkonnost. Mají zažloutlou popraskanou pleť, s projevy ekzémů, vypouklé oči, zvýšené ochlupení a trpí na lámavost vlasů. Časté zvracení znamená přílišnou zátěž na srdce a způsobuje srdeční obtíže, dále pak otoky slinných žláz a žaludeční šťávy způsobují záněty žaludku a vředy jícnu. Dalším důsledkem je trvale vyšší produkce inzulínu a poměrně nízká hladina krevního cukru (hypoglykémie). Jak pacientky s bulimií, tak i s anorexií často ztrácejí nebo mají nepravidelnou menstruaci a hrozí u nich riziko neplodnosti. Svou poruchu si ve většině případů pacienti s bulimií uvědomují a s lékaři více spolupracují. Mnohdy mívají větší motivaci k léčbě a terapiím než pacienti s anorexií. (Krch a kol., 1999, str. 17 - 19)

Základní diagnostická kritéria mentální bulimie podle MKN-10 (F 50.2):

- a) Stále se opakující epizody přejídání (nejméně dvakrát týdně v průběhu tří měsíců), při nichž je v krátkém čase konzumováno velké nebo subjektivně velké množství jídla.
 - b) Neustálé zabývání se jídlem a neodolatelná touha po jídle a přejídání.
 - c) Snaha potlačit „výkrmný“ účinek jídla některým z následujících způsobů: vyprovokované zvracení, zneužívání projímadel, střídání období hladovění, užívání různých léků. Diabetici se mohou snažit vynechávat léčbu inzulinem.
 - d) Pocit nepřiměřené tloušťky spojený s neodbytnou obavou z tloustnutí.
- (Krch a kol., 1999, str. 17)

1.2.2 Pocit přejedení

Pocit přejedení není pro normálního zdravého člověka nic neobvyklého, v zásadě nás to tolik neovlivňuje jako pacienty s mentální bulimií. Každý se někdy přejedl a měl pocit, že ztratil kontrolu nad jídlem. Pro bulimické pacienty je tento stav na denním pořádku a vyrovnávají se s ním mnohem horším a drastičtější způsobem než zdraví lidé. Dlouhodobě je přejídání spojené se záchvatovitým zvracením velmi nebezpečné. Pacienty s bulimií často vede k záchvatovitému přejídání vegetariánská dieta nebo nadměrná konzumace sezónního ovoce.

Profesor psychologie P. J. Cooper rozděluje přejídání na určité epizody:

- 1) Pacienti jedí jídlo velmi rychle, téměř ho nežvýkají.
- 2) Pacienti jedí, dokud se necítí nepříjemně nasyceni.
- 3) Pacienti jedí, aniž by pociťovali hlad.
- 4) Většinou se přejídají o samotě, protože se bojí, že by je mohl někdo vidět.
- 5) Po přejedení se cítí pacienti velmi znechuceně a hlavně provinile.

(Cooper, 1995, str. 21)

Dále Cooper uvádí: *Řada bulimiček popisuje své záchvaty přejídání jako cosi frenetického a zoufalého. Pociťují silnou touhu po jídle, které je zcela přemáhá. Vzhledem k tomu pocitu nutkání k jídlu bývá někdy užíván termín „nutkavé“ nebo „záchvatovité“ přejídání. Zoufalství, které tyto lidé pociťují, je nutí chovat se způsobem, který je zcela cizí jejich povaze.*
(Cooper, 1995, str. 22)

2 HISTORIE VZNIKU PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Už po staletí jsou popisovány nejružnější formy narušeného příjmu potravy. V historii se setkáváme s PPP již ve starověku a středověku. Již v této době byl známý jev zvaný ruminace, neboli vrácení rozkousaného sousta zpět do úst k dalšímu žvýkání. Toto bylo většinou spojené s určitými náboženskými rituály. Naopak ve vyšších vrstvách se lidé vyžívali v nadměrném přejídání. (Krch a kol., 1999, str. 24)

V průběhu dějin se s odmítáním jídla (mentální anorexií) setkáváme u běžných příznaků somatických poruch, ale i u široké škály psychiatrických syndromů a duševních poruch. Patřily k nim tyto známé jevy - hysterie, zamilovanost, melancholie, mánie, demence a jiné psychotické poruchy. Hladovění a půst měl závažnou roli především v životě některých hluboce věřících žen v období pozdního středověku. V tomto období se objevují takzvané „zázračné panny“, tedy postící se mladé adolescentní dívky. Ty tvrdily, že nejedí vůbec nebo přijímají jen minimální množství potravy. Těmto dívkám se mnozí klaněli, poutníci jim nosili dary a řada lékařů tento stav dívek nazývaly zázrakem, způsobený božím přičiněním. V průběhu devatenáctého století však začalo mnoho lékařů nahlížet na odmítání potravy jako na chorobu a za jednoznačně nemožný jev. V dalších desetiletích byla mentální anorexie popsána několika významnými lékařskými kapacitami, ale ani po té ji nebyla věnována přílišná pozornost. Až ve čtyřicátých letech dvacátého století byla mentální anorexie znovuobjevena a zařazena mezi duševní poruchy. Byla přesunuta z učebnic interní medicíny do psychiatrických učebnic a začínal se rýsovat její plný a přesný obraz. Dále k ní přibýly další dva důležité rysy - velká snaha o dosažení štíhlosti a narušené vnímání vlastního těla. (Krch a kol., 1999, str. 25 - 29)

Dějiny přejídání (mentální bulimie) mají podobnou historii jako odmítání jídla. Přejídání bylo nejčastější u vyšších vrstev obyvatel - elit společnosti a u církevních hodnostářů. Podobně jako tomu bylo u odmítání jídla i přejídání bylo často spojováno s řadou jiných onemocnění, jako jsou například: nervové gastritické poruchy, mánie a hypochondrie.

„V roce 1797 britský psychiatr Gerald Russell poprvé použil termín bulimia nervosa, označující silné a neovladatelné nutkání se přejídat ve spojení s chorobným strachem ze ztloustnutí vyhybáním se ztloustnutí jako následku jídla vyvolaným zvracením nebo zneužíváním

pročišťujících prostředků nebo obojím u žen s normální tělesnou hmotností.“ (Krch a kol., 1999, str. 30)

František Krch uvádí, že až v roce 1987 byla diagnóza bulimie zcela sjednocena s britskou terminologií a bylo uznáno nové označení mentální bulimie. Již dodnes se vedou spory o tom, zda je mentální bulimie opravdu samostatnou klinickou diagnózou.

(Krch a kol., 1999, str. 29 - 31)

3 PŘÍČINY VZNIKU PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Na téma mentální anorexie a bulimie bylo vysloveno už mnoho různých teorií, které často zazněly pouze v tom smyslu, že se jedná o poruchy příznačné pro dospívající adolescenty, spíše pak dívky. Počátky poruch příjmu potravy jsou téměř vždy spojeny se souhrou několika různých faktorů - špatné vztahy v rodině a s přáteli nebo nízké sebehodnocení, které vede k držení diet. Důvody k držení diet mají pacienti různé, jedny z nejčastějších jsou: nespokojenost s tělesnou hmotností a svým vzhledem, dietu drží někdo z rodiny (pacient si často říká: „já to také dokážu“) a neustálé komentování jídla a vzhledu pacienta rodinnými příslušníky. Pacientky mnohokrát uvádí, že je k držení diet vedlo neustálé upozorňování na tělesnou hmotnost jejich otcem, často bývají tato slova tím hlavním spouštěčem. U mentální anorexie hraje velkou roli i nejistota spojená se změnami v dospívání a v rodině, osobní zájmy (zejména některé sporty vyžadující nízkou tělesnou váhu), zvýšený důraz na vzhled, sebekontrola a výkon v rodině, ale i nešťastná náhoda. (Krch, Marádová, 2003, str. 14)

V nynější době je i móda stále více zaměřována na štíhlost. V médiích jsou často prezentovány modelky vyhublé „na kost“ (z 12 finalistek Miss ČR 2003 měly 3 anorektickou váhu), dále pak herečky a tanečnice s velmi nízkou váhou a anorektickým způsobem života. Často také slyšíme ve sdělovacích prostředcích, že čím nižší váhu člověk má, tím je zdravější. (Papežová, 2003, str. 19) V občanském sdružení Anabell mi bylo řečeno, že na internetu jsou dívkami s poruchami příjmu potravy často vyhledávány blogy a diskuze, kde si navzájem děvčata radí jak hubnout, jak zvracet a jak to udělat, aby na jejich poruchu rodina ani přátelé nepřišli. Fotí si svá vyhublá těla a doslova soutěží v tom, kdo bude hubenější. Po krátkém hledání v diskuzích a internetových blozích se najdou rady jako: „proč být anorektickou“ nebo „27 důvodů jak se anorektickou stát“.

Hana Papežová, psychiatr a psychoterapeut uvádí, že ideál krásy je v současné době „štíhlý“ natolik, že ho lze mnohdy dosáhnout a propagovat jen pomocí techniky, především počítačové, dále pomocí operací (umělé poprsí, zúžení pasu za cenu vynětí posledních žeber). Trend plastických operací je v některých zemích tak módní, že rodiče nechávají operovat stehna, břicho i obličej svým nedospělým dcerám, třeba jen za dobré vysvědčení nebo jiný úspěch. (Papežová, 2003, str. 19)

Důležité je vědět, že neexistuje žádná specifická příčina mentální anorexie a bulimie, jejíž odstranění by automaticky vedlo k vyléčení. I většina psychiatrických problémů, se kterými se u těchto poruch setkáváme, bývá spíše jen důsledkem než příčinou nedostatečné výživy, vyhublosti a neuspokojivé kvality života. (Krch, Marádová, 2003, str. 14)

3.1 Rodinné a genetické faktory

František Krch tvrdí, že velká část pacientů začala mít poruchy příjmu potravy v souvislosti s určitými rodinnými událostmi, tuto souvislost popisují i rodiny a terapeuti pacientů (Krch a kol., 1999, str. 65).

U rodin, kde se vyskytují poruchy příjmu potravy, mnohdy nacházíme vliv nesprávných nebo chaotických stravovacích návyků. Někteří členové rodiny nedodržují vůbec stravovací řád, to je typické pro pacienty s cukrovkou, jiní se přejídají nebo drží více či méně úspěšné diety. Ti jsou obrazem pro své děti a potencionální pacienty s poruchami příjmu potravy. (Papežová, 2003, str. 21)

Hana Papežová uvádí, že genetický podíl při vzniku mentální anorexie je 50 - 90 % a mentální bulimie 35 - 85 %. U geneticky zranitelnějších lidí může rodinná dispozice spočívat v dědění některých povahových rysů, jako jsou například: úzkost nebo citlivost na stres. V rodinách bulimických pacientů můžeme pozorovat častější výskyt závislostí na alkoholu a drogách, ale i depresivní problémy spojené s různými úzkostnými stavy. Ty bývají většinou předcházeny různými zraňujícími zážitky z dětství nebo z období před vznikem onemocnění, které jsou pro vznik nemoci velmi rizikové. Příbuzné ženského pohlaví jsou v daleko větším riziku než pohlaví mužské. (Papežová, 2003, str. 21)

U pacientek s mentální anorexií hraje v jejich životech velkou roli matka. Ta bývá často své dceři vzorem. Pokud i ona má problémy s PPP je mnohem větší riziko, že dcera tuto poruchu od matky získá. Matka je spojována se vznikem a rozvojem poruchy proto, že ona sama je prvním zdrojem potravy dítěte. Často i otec bývá spojován se vznikem PPP u dívek, se špatným stravováním. Charakterizován je leckdy jako pasivní, slabý a udržující si emoční odstup, někdy ale i jako dominantní osoba. Většinou si dcera vytváří tajnou koalici s matkou a stojí proti otci, i když je závislá na obou rodičích stejně. Jiným typem může být otec, který je aktivní,

v očích dcery je brán jako vzor a bývá natolik „skvělý“, že se mu dcera nemůže vyrovnat. Jeho slova bývají někdy první impulsem k začátku poruch příjmu potravy. (Krch a kol., 1999, str. 66)

3.2 Sociální a kulturní faktory

V dnešním světě jsou ženy i muži vystavováni mnohem většímu tlaku médií než tomu bylo dříve. Stále více se objevují články v časopisech a novinách, že celkové štěstí jedince závisí na tom jak je hubený, a předpojatost vůči obézním lidem se tak stává kulturním fenoménem. Především na ženy jsou kladeny větší nároky v souvislosti se širší škálou profesionálního uplatnění, a to je dalším sociokulturním faktorem, který je uváděn do souvislosti s rozvojem PPP. Jádrem tohoto problému vidí odborníci v rychle se měnící kultuře a oslavování nízké váhy spojené se sebeovládáním a přílišnou sebekontrolou. Významný však není jen vliv médií, ale i úpadek jídelní kultury, snížená sebekontrola, způsob trávení volného času a zvýšení sociální úzkost. (Krch a kol., 1999, str. 58 - 60)

Sociální a kulturní tlaky na dodržování štíhlosti jsou nejen v rozporu s biologickou variabilitou a přirozeností lidského těla, ale nutně oslabují sebedůvěru mladých žen, kterým jsou předkládány zcela nerealistické cíle a nevhodné vzory. Je posilován jejich strach z tloušťky, přítomno bývá neustálé věnování se vlastní hmotnosti a častá nespokojenost s vlastním tělem. Nevhodné jídelní zvyky se stávají společenským standardem a významným sociálním vlivem. Dietním trendům dnes zcela podléhá i potravinářský průmysl, který produkuje stále více nízkotučných, „light“ výrobků. (Krch a kol., 1999, str. 59)

3.2.1 Porucha vnímání tělového schématu

Pojem tělové schéma (dále jen TS) se obvykle objevuje v souvislosti s PPP (Plháková, 2001, str. 327). Ale také s poruchami učení a poruchou motoriky a dyspraxií (Zelinková, 2007, str. 61). Tento pojem (TS) však není jednotně chápán a definován. Speciální pedagog, Olga Zelinková, TS souhrnně popisuje jako: „*Soubor vnitřních představ, které zahrnují informace o částech těla, vzájemných vztazích mezi částmi těla a možnostech aktivity, patří sem rovněž orientace na vlastním těle, ve stavbě těla.*“ (Zelinková, 2007, str. 61)

Tělesné schéma začíná vnímat dítě už po prvním roce života. Jeho utváření, je procesem individuálním a je vývojově ovlivněný. Vzniká na základě určitých zkušeností v interakci mezi jedincem a okolním světem. V prvních letech života u dítěte se obraz fixuje a dá se říci, že vývoj TS probíhá nejbouřlivěji, ve vědomí je utvářen vlivem zkušeností (dotyky, odrazem v zrcadle sebe samého dále pak hrou s vlastním tělem. (Zelinková, 2007, str. 62)

Hlavním faktorem podílejícím se na utváření představ o ideálních tělesných rozměrech jsou společenské vlivy. Pokud se podíváme na barokní ideál ženské krásy, vidíme ženu s kyprými a oblými tvary, která se od nynějšího ideálu značně liší. Ideál ženské krásy se nám změnil i během 20. století. V 50. letech měly za vzor ženy například herečku Marilyn Monroe, s tvarem postavy přesýpacích hodin. Nyní je to přesně naopak, pro většinu žen jsou vzorem štíhlé modelky, které jsou reprezentovány spolu s přípravky na hubnutí ve veškerých ženských časopisech. Naopak mužské časopisy štíhlost téměř nepropagují, ty se zaměřují především na změnu tělesných proporcí spojenou s cvičením a posilováním. To vše svědčí o tom, že vnímání TS není spojován jen s dívkami, ale také s chlapci. Chlapci se zaměřují především na změnu tělesných proporcí a to na utváření svalové hmoty, jak již bylo zmíněno. TS se mění i u žen během těhotenství, když postupně přibírají na váze, dále pak u žen během klimakteria a po něm. I toto období (klimakterium) je zásadní pro vnímání TS, ženské tělo se mění také z různých důvodů (rozvod, výpověď v práci), pokud ženy reagují na stres přejídáním nebo naopak nechutenstvím. (Plháková, 2011, str. 325)

Je pravděpodobné, že kulturní faktory ovlivňují utváření TS, které je jednou z důležitých složek sebepojetí. Pokud má člověk jako svůj ideál krásy štíhlou postavu, bude pravděpodobně jíst méně, než člověk, jehož subjektivní tělesné schéma je rozměrnější. Z výše uvedeného tedy vyplývá, že kořeny PPP mohou být mnohem hlubší, než je obecně uváděno, hlavně pak v období dospívání, kdy si hmotnostně silnější dítě samo neuvědomuje, že má nadváhu (např. má vzor ve své rodině, jejíž členové mají také nadváhu). Pak stačí malá poznámka vrstevníků na jeho vzhled a tělesné vnímání se rázem mění a je velká pravděpodobnost, že adolescent začne mít problémy s přijímáním potravy. (Plháková, 2011, str. 325)

V poslední kapitole, (v kazuistice) uvádím, že paní Markéta měla také s poruchou vnímání TS problém. Vše začalo již v útlém dětství, a to především připomínkami rodičů na její

postavu. Sama Markéta by nikdy s hubnutím a cvičením nezačala, její postava jí samotné vyhovovala a v porovnání s vrstevníky patřila k těm štíhlejším.

3.3 Biologické faktory

Hlavním rizikovým faktorem pro vznik PPP patří zejména ženské pohlaví. To znamená, že stačí být ženou a riziko je tím pádem desetkrát vyšší. Velmi rychlý tělesný růst je spojený s rostoucí tělesnou hmotností, tyto jevy jsou nejvíce pozorovány v pubertálním a adolescentním věkovém nebo vývojovém období. Zatímco muži přibývání tělesné hmoty vítají, ženy berou přibírání na váze kritičtěji a svoji váhu si častěji hlídají. Jsou vnitřně nejistějšími, mívají větší obavy o to, zda jsou nebo nejsou oblíbenými v kolektivu, mívají nižší úctu k vlastnímu tělu a nižší sebevědomí. Významnou roli při vzniku a rozvíjení se PPP hraje umísťování tělesného tuku. (Krch a kol., 1999, str. 62 - 64) Je pozoruhodné, že u žen, kterým se více ukládá tuk na bocích, stehnech a na hýždích je vykazováno významně vyšší riziko PPP než u ostatních žen (Steiner a kol. in Krch a kol., 1999, str. 63).

3.4 Životní události

Životní události bývají často považovány za významný spouštěč PPP. Jedna až dvě třetiny pacientek dává do souvislosti rozvoj poruch příjmu potravy s nějakou životní událostí, a to vyplývá i z různých klinických studií, tvrdí Hsu (Hsu in Krch a kol., 1999, str. 64). Těmi hlavními spouštěči mohou být: problémy s vrstevníky nebo odmítnutí vrstevníky, problémy mezi rodiči nebo s rodiči (rozvod a hádky), někdy se může jednat o poznámku nebo výtku týkající se jejich postavy (otec řekne dceři, že by měla trochu zhubnout nebo bude jako její matka), jindy však může jít o banální záležitost jako je například první menstruace, což uvedlo 40 % pacientek, které zkoumal Crips a Hsu (Hsu in Krch a kol., 1999, str. 65).

3.5 Emocionální faktory

Pacientky s mentální anorexií a bulimií mají častější výskyt depresivních a úzkostných nálad, které se během onemocnění ještě více zhoršují. Ani těžká kachexie nevede pacientky především s mentální anorexií ke změně stravovacího chování a je některými autory (například Brill in Krch a kol., 1999, str. 70) pojímána jako forma sebevražedného chování. Vliv negativní nálady je jeden z mnoha faktorů, které vedou k přejídání a následným pocitům viny nebo k držení přísných diet. (Krch a kol. 1999, str. 70 - 71)

3.6 Osobnost a další psychické charakteristiky

Většina lékařů a terapeutů předpokládá, že ke vzniku poruch příjmu potravy vedou specifické poruchy osobnosti nebo určité osobnostní rysy. Charakteristickým rysem anorektických pacientek je velké soustředění se na dosažení úspěchu, dodržování společenských norem, splňování rodičovských požadavků. Tyto ženy však dosti často postrádají fantazii, vynalézavost, nemají svůj vlastní názor a jsou zatíženy neustálým negativním sebehodnocením. Mívají obavy z přizpůsobování se novým podmínkám dospělosti, nemají jasné cíle a špatně navazují vztahy. Pacientky se o samotě často trýzní a přemýšlejí o vlastní bezcennosti, neustálé myšlenky na jídlo paradoxně posilují hladověním. Toto ritualizované chování má sloužit ke snižování úzkosti a k úniku před nepříjemnými myšlenkami. Posílení jejich pocitu bezcennosti je často způsobováno nekontrolovatelným přejedením. (Krch a kol., 1999, str. 72 - 73)

Jedním z mnoha omylů týkajících se příčiny mentální anorexie je předpoklad, že pacienti s touto poruchou se snaží zůstat dítětem a bojí se růstu a dospívání. Zkušenosti odborníků však dokazují, že strach z růstu může být důsledkem, ale nikoliv příčinou poruch příjmu potravy (Claude-Pierre, 2001, str. 93).

4 PPP U TĚHOTNÝCH ŽEN A REPRODUKČNÍ SCHOPNOST

Reprodukce a zajištění potomstva je očekáváno téměř od každé zdravé ženy. Ženský organismus je na reprodukci „naprogramován“ a mateřství patří mezi nejvýznamnější etapy v životě budoucí matky. Jednou z hlavních příčin narušení reprodukční schopnosti, je u většiny žen způsobeno poruchou stravování. Více než 90 % pacientů s poruchami příjmu potravy jsou adolescentní dívky nebo mladé ženy před začátkem nebo v průběhu svého reprodukčního období (Golden in Papežová, 2010, str. 211). Největší rizika a riziková období, provázející ženu (budoucí matku) během PPP jsou tato: (1) menstruační cyklus, (2) plodnost a průběh těhotenství a (3) poporodní průběh (zdraví matky a vývoj plodu) i doba kojení. Ve Švédsku bylo prováděno dotazníkové šetření zaměřené na zkušenosti matek s poruchami příjmu potravy (6 - 7 měsíců po porodu). Na dotazník odpovědělo 454 respondentů, což je 88 %. 11,5 % z nich přiznalo nějakou formu poruchy příjmu potravy, takže výsledek je vyšší, než je běžně teoretiky udáván. (Papežová, 2010, str. 211)

Ženám se závažnou formou anorexie se nepodaří otěhotnět (pacientky nemenstruují nebo je jejich menstruace navozována hormonální antikoncepcí, a „částečně maskuje důsledky podváhy a diagnózu“), v literatuře jsou však popisovány výjimky. Jsou známy i případy, kdy naopak může těhotenství poprvé anorexii „spustit“ nebo znovu navodit. Psychologické příčiny neplodnosti bývají spojeny i se sexuálními problémy (pacientky s mentální anorexií mívají pomalejší sexuální vývoj a mívají problémy v sexuální oblasti, bulimické pacientky jsou naopak předčasně vyspělé, ale trpívají sexuálními dysfunkcemi a ani ony nebývají v partnerství spokojené). Tyto ženy většinou popisují svůj stav jako obavu z odpovědnosti o dítě, z dospělosti a z rodičovské zodpovědnosti. (Papežová in Moderní babičství, 2004, č. 5, str. 28 - 30)

Většina žen mívá během těhotenství mnohem méně problémů, takže anorexie a bulimie nad nimi ztrácí vládu, některé problémy se však po těhotenství mohou vrátit. Během těhotenství jsou popisovány u žen častější deprese a zvýšeně úzkostlivé chování, deprese po porodu často přetrvávají a přicházejí vztahové problémy s novorozenci. Mnoho matek s PPP jsou autory popisovány jako rychlé „ukončovatelky“ kojení mající velké problémy s krmením a

stravou dítěte. Často odpírají dětem sladké, počítají jim kalorie, hlídají jim váhu a někdy jim vnucují dietní chování. (Papežová in Moderní babičství, 2004, č. 5, str. 28 - 30)

Když žena otěhotní, prochází velkými změnami, které obtížně kontroluje (anorexie pro některé představovala jediný způsob kontroly nad svým tělem), zvláště když se nový organismus stává více „reálnějším“. Při srovnání zdravých žen a žen s poruchou příjmu potravy, bylo u budoucích matek s anorexií nebo bulimií pozorováno přibývání na váze během těhotenství v minimální míře přestože byly v té nejlepší předporodní péči a možný příbytek na váze a zakulacování těla braly pozitivně. Budoucí matky s poruchou příjmu potravy mohou během těhotenství zvracet, ale většinou zvracení tají a tím se dostávají do rizika nedostatečné výživy jak vlastní, tak plodu. Zvracení bulimických patientek musíme odlišit od běžné nevolnosti při těhotenství u zdravých žen a měl by na něj pomýšlet gynekolog. Ten by měl být o poruše příjmu potravy informován a zvracení nepodceňovat. Patientky s PPP nepocítují během těhotenství stálý hlad jako zdravé matky a kojení neberou jako pozitivní zkušenost. Ženy trpící anorexií nebo bulimií by měly být obeznámeny všemi komplikacemi, které mohou nastat během těhotenství. Mělo by jim být doporučeno, aby plánovaly těhotenství, až se zcela uzdraví. I patientky, které trpěly anorexií či bulimií v minulosti, by měly projít profesionální prohlídkou a být dostatečně informovány o možných rizicích. (Papežová in Moderní babičství, 2004, č. 5, str. 28 - 30)

Vysoká motivace žen a jejich partnerů mít dítě však může vést k utajování anamnézy, problémů týkajících se onemocnění a odmítání potřebné léčby. Odborníci proto říkají, že by žena měla být nejdříve uzdravena a až potom podstupovat vyšetření, která řeší neplodnost. Velmi důležité proto je po diagnostických známkách pátrat, více pak u bulimických patientek, u kterých porucha není zcela viditelná. Dalším diagnostickým vodítkem by mělo být jídelní chování, které může upozornit na poruchu. Neobvyklého chování by si mohl povšimnout právě manžel, partner nebo někdo z příbuzenstva ženy. Někdy se o poruchách příjmu potravy dozvídají partneři velmi pozdě a to například až na klinikách, které řeší neplodnost. U některých žen teprve v této situaci vychází najevo, že mají neujasněný vztah k těhotenství a jen chtěly vyhovět manželovi. U takových případů pak musí odborníci pracovat se vztahovými problémy psychoterapeuticky a ještě více zvyšovat motivaci ženy k uzdravení. Někteří partneři však tuto formu terapie nechtějí akceptovat a podílet se na ní. V nynější době je sice léčba neplodnosti na velmi dobré úrovni, ale budoucím matkám, které svou poruchu příjmu potravy tají, stejně nepomůže k vysněnému dítěti a

může vést jediné k ještě větším komplikacím v těhotenství, při porodu i poporodnímu ohrožení vývoje dítěte a dovést poruchu do chronického stavu. (Papežová in Moderní babičství, 2004, č. 5, str. 28 - 30)

4.1 Poruchy menstruačního cyklu a poruchy sexuality

První menstruace (menarche) se u dívek objevuje již kolem třináctého roku. Čím je vyšší životní úroveň dívek, tím dříve u nich začíná menstruační cyklus. Menarche souvisí přece jen více s tělesnou hmotností než s reálným věkem, proto se u dívek s poruchami příjmu potravy objevuje první menstruace později. Hovoří se tedy o „kritické hmotnosti“ pro dosažení menarche. Vhodnějším kritériem než „kritická hmotnost“ je posouzení procentuální hodnoty tělesného tuku bez ohledu na tělesnou hmotnost a výšku dívky. Tuková tkáň by měla tvořit minimální hodnotu 23,5 % tělesné hmotnosti (okolo 11 kg). (Papežová, 2010, str. 212)

Amenorea, tedy vynechání menstruačního krvácení u ženy během pohlavní zralosti a plodnosti je součástí diagnostických charakteristik mentální anorexie. Amenorea je vyslovována jako definitivní až po vynechání třech po sobě jdoucích menstruací u postmenarchálních žen. Vyskytuje se především u žen v rizikových profesích nebo u žen s aktivitami jako je: balet, modeling nebo určité druhy sportů. Při uzdravování pacientek a při normalizaci tělesné hmotnosti (BMI trvale vyšší než 19) se menstruace opět objevuje. Pokud amenorea nastává u žen s poruchami příjmu potravy ještě před první menstruací (menarche), hrozí u nich nejen hrubé narušení menstruačního cyklu, ale i porucha sekundárních pohlavních znaků provázené celoživotními následky. (Papežová, 2010, str. 213)

Pacientky s PPP berou amenoreu jako osvobození od nepříjemného období, nepovažují ji za příliš velký problém a podvědomě tento stav (to jest nedospívání) často vítají. Především anorexie je brána jako hlavní brzda výraznějšího tvarování prsů a dalších znaků pohlavně zralé ženy. Pacientky s mentální anorexií si někdy ze strachu z vyvíjení vlastního těla obvazují prsa obinadly, aby jejich hrudník byl plochý. Silné vyhubnutí posléze zcela zastavuje vývin ženských oblín, a odpovídá tak představám pacientek, které se nechtějí tělesně vyvinout v ženu. Toto chování jasně svědčí i o tom, že za mentální anorexií se skrývá strach před probouzející se sexualitou. Postoj rodičů k sexualitě, především ze strany matky, hraje velkou

roli. Pokud se nepřistoupí k další cílená léčba, chybné sexuální postoje nemizí a mohou zastiňovat celý život dívky. (Leibold, 1995, str. 77)

Sexualita u žen s poruchami příjmu potravy je odlišná. Pacientky s mentální anorexií mají menší zájem o sexuální život v důsledku celkového snížení endokrinní aktivity, včetně produkce pohlavních hormonů, i různých sociálních a osobních charakteristik. Špatně navazují vztahy a těm hlubším partnerským se snaží zcela vyhýbat. U pacientek s mentální bulimií se sexualita neliší od skupin žen bez poruch příjmu potravy. V jejich chování je někdy popisován sklon k promiskuitě. Odborníci hovoří, že dvě třetiny žen s poruchami příjmu potravy zažilo sexuální zneužívání během svého života, většinou staršími muži, jim dobře známými. Z toho 80 % případů bylo zaznamenáno v dětství. (Papežová, 2010, str. 214) Barbieri ale hovoří o tom, že samotné sexuální zneužívání nebude jediným rizikovým faktorem pro vznik mentální anorexie a bulimie (Barbieri et al. in Papežová, 2010, str. 214).

4.2 Plodnost

Na poruchu plodnosti si v průběhu nemoci stěžuje dvojnásobný počet pacientek oproti ženám v obecné populaci. V aktivní fázi mentální anorexie a bulimie je většina žen neplodných v důsledku nedostatku sexuální aktivity nebo hormonálních poruch. Nedochází u nich k ovulaci a hovoří se o takzvané anovulaci, vajíčko se neuvolňuje z vaječníků. Výjimka však potvrzuje pravidlo, jsou zaznamenány případy, které ukazují na možnost otěhotnění bez přítomnosti menstruace (Marshall, Palmer in Krch a kol., 1999, str. 110). I ve stavu velké vyhublosti lze nyní otěhotnět díky rychlému vývoji lékařských technik a to navozením ovulace. Toto navození se však neobejde bez možných rizik. Odborníci tvrdí, že mnoho žen, které dítě chtějí a jsou žadatelkami o technickou pomoc, neinformují lékaře o své poruše příjmu potravy ze studu nebo z pocitů viny. Podle kanadské (Stewart et al. in Krch a kol., 1999, str. 110) a švýcarské (Thommen, Valach a Kinecke in Krch a kol., 1999, str. 110) studie hledá na klinikách plánovaného rodičovství pomoc okolo 7,6 % žen s PPP. (Krch a kol., 1999, str. 110)

4.3 Průběh těhotenství

Je pozoruhodné, že jen asi třetina vdaných žen s PPP má děti. Poruchy příjmu potravy mohou mít na budoucí matku různé vlivy. Ženy, které otěhotní během své aktivní fáze svojí nemoci, mívají zesílené psychické symptomy, hlavně pak úzkost a deprese. Jejich strach se zvyšování tělesné hmotnosti následkem vývoje a růstu plodu, bývá někdy tak velký, že budoucí matky mnohdy začínají s větším omezováním se v jídle a tím hrozí poškození a nesprávný vývoj plodu. Pokud na to okolí nepřijde nebo sama matka si tento problém včas neuvědomí, může dojít k potratu. Mnoho žen s PPP si však svůj problém uvědomuje a obává se, že by jejich dítě mohlo být v důsledku nedostatečné výživy ohroženo. Budoucí matky s PPP často mívají nízké sebevědomí a strach že svou budoucí rodičovskou roli nezvládnou. A právě tyto úzkosti během těhotenství dále zhoršují anorektické a bulimické symptomy. Ani neutišitelné zvracení v těhotenství (peremesis gravidarium) nesmíme brát na lehkou váhu a je třeba uvažovat o souvislosti s PPP, jestliže se budoucí matce nedaří přibírat na váze. (Krch a kol., 1999, str. 111)

U budoucích rodiček, které mají podváhu v době početí (BMI nižší než 19) je zvýšené riziko, že porodí dítě s nižší váhou, tedy podváhou. Tyto ženy mají rovněž větší riziko spontánních potratů, vrozených malformací a vyššího výskytu úmrtnosti při porodu. Studie autorů (Lemberg, Philips a Fischer, 1992) zjistila, že těhotenství mívá na symptomy mentální anorexie kladný vliv. Až 70 % žen uvedlo celkové zlepšení jejich stavu, avšak po porodu nastává však velké zhoršení a jen malá část matek (23%) si byla schopna zlepšení stavu udržet. Tento stav náhlého zlepšení během těhotenství je popsán i v rozhovorech (7. kapitola), které jsem vedla s matkami s PPP. Během těhotenství ve většině případů matky přestaly s hubnutím, zvracením a dietami a snažily se co nejlépe stravovat a přibírat na váze. (Krch a kol., 1999, str. 111 - 112)

U pacientek s mentální bulimií se hovoří stejně jako u mentální anorexie o strachu z tloustnutí během těhotenství, dále pak o obavách z rodičovství. Mnoho žen uvádí, že mají strach a značné pocity studu a viny z toho že nejsou schopny skoncovat s bulimickým chováním během těhotenství. U žen s bulimií byl zjištěn vyšší výskyt odchylek od normy plodu, více mnohočetných těhotenství a větší komplikace při porodu. (Krch a kol., 1999, str. 111 - 112)

Prenatální období vyžaduje pravidelné sledování celkového stavu těhotné ženy, vývoj plodu a předporodní a porodní péči. Z klinického hlediska rozdělujeme těhotenství do těchto tří trimestrů:

- I. trimestr (1. - 12. týden těhotenství) je obdobím nejvíce zatíženým rizikem potratu, mimoděložním těhotenstvím a dalšími komplikacemi (náhlá příhoda břišní, zvracení těhotných žen s rozvratem vnitřního prostředí, patologický vývoj placenty). Nevhodné chování matky je hlavním rizikem nepříznivého ovlivnění vývoje plodu. U těhotných žen s PPP nevhodné chování představuje: špatné stravování, zvracení, nadměrné užívání návykových látek, alkoholu a látek s embryotoxickým účinkováním.
- II. trimestr (13. - 28. týden těhotenství) je nejstabilnějším obdobím budoucí matky. Fyziologické změny ještě nezatěžují natolik těhotnou ženu. Hlavními riziky jsou nezávislé vlivy prostředí a to: dopravní nehody, nadměrné užívání návykových látek a traumata způsobená domácím násilím. V tomto období hrozí také předčasné porody dětí s velmi nízkou porodní váhou.
- III. trimestr (29. - 40. týden těhotenství) v tomto období se opět objevuje zvýšený počet rizik. V tomto stádiu těhotenství se můžeme setkat s předčasnými porody, poruchami placenty a komplikacemi spojenými s vícečetným těhotenstvím. Je potřeba se vyvarovat podání takových látek, které mohou negativně ovlivnit zdraví dítěte.

(Papežová, 2010, str. 215 - 216)

Velmi důležitou roli hraje také kvalita vztahu v manželství těhotné ženy s PPP. Ženy s mentální bulimií, kterým se během těhotenství podařilo uzdravit, mívají častěji stálý vyrovnaný vztah, zatímco ženy, které v těhotenství i později s bulimickým chováním pokračovaly, mívají větší problémy v partnerském životě a pocity selhání. Někteří lékaři uvádějí, že nejtěžší jídelní patologii v těhotenství mají ty ženy, které se později rozvedou nebo odejdou od svých manželů, partnerů. Budoucí matky s PPP by měly otěhotnět v době remise a jejich těhotenství by mělo být předem naplánované a konzultované a schválené ošetřujícím gynekologem.

(Krch a kol., 1999, str. 112)

4.4 Plánované rodičovství

Jedná se o snahu partnerského páru, aby těhotenství a porod probíhaly v nejvhodnější době. Plánované rodičovství může mít dvojí charakter: pozitivní (cílená snaha o otěhotnění), negativní (snaha o opatření - antikoncepce - vedoucí k zábraně nežádoucího otěhotnění). Ve všech civilizovaných zemích je dnes plánované rodičovství považováno za jedno ze základních lidských práv. (Papežová, 2010, str. 216)

Poruchy příjmu potravy mají hluboký vliv na psychosociální fungování vdané ženy, hlavně pak schopnost pečovat o dítě. Existují zde dva důvody, proč mívají ženy s PPP s rodičovskou rolí problém. Za prvé, hlavní symptomy narušují matce její každodenní život a bývají v rozporu s citlivým rodičovstvím, a za druhé, matky s PPP mívají problémy v interpersonálních vztazích, což zejména ovlivňuje vztah rodič - dítě. (Krch a kol., 1999, str. 113)

V případě mentální anorexie je zřejmé, že k oplodnění a otěhotnění může dojít teprve tehdy, když se u pacientky upraví hormonální poruchy navozené PPP. Těhotenství je tedy dobré plánovat až po úspěšné léčbě PPP, v případě mentální anorexie po nástupu pravidelného menstruačního cyklu. Jiné typy PPP se z hlediska fertility nijak zvlášť neodlišují od populace zdravých žen. Umělé vyvolání ovulační aktivity, prováděné na klinikách asistované reprodukce, je u matek s PPP bráno jako nesprávný postup, je zde zvýšené riziko perinatálních patologií. Tento postup by měla dnes již dodržovat všechna centra poskytující asistovanou reprodukci neplodným párům a nejdříve provést důkladné vyšetření matky a vyloučit všechny pochybnosti. Výsledek těhotenství u žen s mentální anorexií záleží na hmotnosti pacientky a nejvíce pak na způsobu stravování před otěhotněním. (Papežová, 2010, str. 216)

Ženě, která má během těhotenství anamnézu PPP, nehrozí jen zhoršení jejího zdravotního stavu, ale také ohrožení vývoje zárodku/plodu v průběhu celého období těhotenství. V současnosti přesto stoupá počet žen s PPP, které nakonec porodí fyzicky zdravé dítě. Matky se po porodu snaží co nejvíce zhubnout a jejich zásahy nejen do jídla, ale také do hraní svých dětí jsou prokázány studií (Stein, 1994). Tyto matky rovněž vyjadřovaly během stravování svých dětí mnoho negativních emocí. Matky trpící mentální anorexií mohou závažně ovlivnit i pozdější život svých dětí, a to ještě výrazněji pokud se jedná o dívku. U dětí matek s PPP je riziko vzniku této poruchy vyšší než u zdravých matek. (Krch a kol., 1999, str. 113)

Zvláštní problematiku tvoří nadměrné užívání nebo závislost na alkoholu, která je u žen v kombinaci s PPP často přítomna. Placentou alkohol lehce prostoupí a dostane se snadno i do mateřského mléka. Chronický abúzus (nadužívání) alkoholu prohlubuje malnutrici, jaterní patologii a další somatické následky PPP. Tímto se pak plod pomaleji vyvíjí, má nižší porodní váhu s obtížnou termoregulací (Pařízek in Papežová, 2010, str. 217). Paradoxní je, že těhotné ženy s PPP si často ani neuvědomují, jak vysoce kalorický alkohol je. (Papežová, 2010, str. 217)

Hana Žáčková mi ze své praxe potvrdila, že u dětí matek s PPP, které nadměrně užívají alkohol během těhotenství, hrozí fetální alkoholový syndrom (FAS). Tento syndrom se na dítěti může projevit v podobě tělesných a mentálních vývojových vad. Děti s tímto syndromem mají většinou charakteristické vývojové vady v obličeji, může se u nich objevit poškození nervové tkáně, které později vede k vážným poruchám osobnosti a chování.

4.5 Mateřská obezita

Je často definována celkovou tělesnou hmotností vyšší než 80 kg nebo hmotností o 50 - 300 % vyšší, než je celková váha dané ženy před těhotenstvím. BMI ženy je v pásmu 26 - 29, respektive i vyšší. U obézních matek je zvýšené riziko mateřské mortality, tromboembolických příhod nebo přidruženého těhotenského diabetes mellitus. K ženě, která je těhotná a v dřívější době trpěla nebo nyní PPP trpí, musí lékaři zajišťovat komplexní péči. Její těhotenství může přejít do rizikového nebo dokonce patologického stádia. V každém případě by měly ženy s anamnézou PPP navštěvovat během těhotenství specializované poradny pro riziková těhotenství nebo poradny občanského sdružení Anabell, které se na PPP zaměřují. Toto sdružení má vyškolené terapeutky, sociální pracovníky a nutriční specialisty. Žena s PPP by měla být informována, že v případě zhoršování jejího stavu během těhotenství může být hospitalizována na spádové metabolické jednotce a její stav by měli po celou dobu těhotenství kontrolovat a posuzovat jak gynekolog pacientky, tak i psychiatr a internista. Internista sleduje v případě nutnosti vnitřní prostředí a energetickou bilanci těhotné ženy a následně by měl tento stav upravovat. Zaměření porodníka je spíše na specificky porodnické charakteristiky jak ze strany matky (například kardiovaskulární adaptace matky na těhotenství, screening na diabetes mellitus gravidarum, hmotnostní přírůstek), tak i ze strany plodu (genetické vyšetření plodu v I. a II.

trimestru a celkový vývoj plodu). Je důležité, aby se do prenatální péče o těhotnou ženu s PPP zapojil partner - manžel, ale i nejbližší rodina. Příbuzní by měli být pro ženu oporou v překonávání různých obav a spolupracovat s lékařským týmem, starajícím se o matku a informovat je o psychickém stavu rodičky. Partner by měl být ten hlavní, kdo s pacientkou těhotenství konzultuje a povzbuzuje ji k tomu, aby dítě počali teprve tehdy, až bude úplně zdravá. Lékaři musí partnera i rodinu informovat o možných komplikacích spojených s těhotenstvím a PPP. (Papežová, 2010, str. 217 - 218)

4.6 Porod u žen s nízkou váhou trpících PPP

Tento fyziologicky náročný děj, který bývá pro matku - rodičku velkou zátěží, by měl být u pacientek s PPP spolu s předporodní péčí tou nejpečlivěji připravenou částí celého těhotenství. Celková příprava porodu pod lékařským dohledem vede ke snižování psychické, ale i fyzické náročnosti porodu a tím pádem i ke snižování komplikací během něj a po něm. Při zápisu anamnézy matky, může údaj o PPP uniknout a ve zdravotní dokumentaci (průkazu těhotné) nemusí být vůbec zaznamenán. V takové případě je matka vystavována riziku, že personál porodnického zařízení nemusí být speciálně vzdělán v oboru PPP. Pacientky s PPP během těhotenství svou poruchu obvykle tají, někdy se stane, že ji lékaři skutečně přehlédnou. V praxi se lékaři setkávají i s tím, že mentální anorexie a bulimie byly „maskovány“ během těhotenství obezitou, a proto pacientka během předporodní péče nepodstupovala důležité pomocné terapie. Těhotenství u žen s PPP je častěji ukončováno císařským řezem, což je to způsobeno druhotným dopadem PPP na organismus těhotné ženy a na poruchy vývoje plodu. Dosud nebyla v žádné klinické studii popsána míra porodního stresu u žen s PPP a jejího vlivu na průběh porodu, ale je zjištěno, že ženy s nízkou tělesnou hmotností mají zvýšený práh bolesti.

(Papežová, 2010, str. 218)

4.7 Průběh porodu u obézních rodiček

Obézní ženy mají obecně snížené vyplavování endogenního oxytocinu z neurohypofýzy (hormon oxytocin, má vliv na produkci mateřského mléka, na stahy dělohy a na

budování vztahu mezi matkou a dítětem). Oxytocin je podáván substitučně (infuzní podání) při slabých děložních kontrakcích, dále pak při prodlouženém porodu. I u této poruchy příjmu potravy je vyšší počet císařských řezů než u porodů zdravých žen. Porod císařským řezem u obézních matek bývá komplikovanější a hrozí zde poporodní infekce v okolí pooperační rány. Vnitřní rotace hlavičky a porod ramének plodu je brán u obézních rodiček jako porucha porodního mechanismu. Porod je ve více případech ukončován použitím porodnických kleští, což bývá způsobeno obtížnější spoluprací obézní matky, a tento proces je prováděn v II. době porodní (vypuzovací období). Obezita je vysoce rizikovým faktorem i z hlediska anesteziologického. (Papežová, 2010, str. 218 - 219)

4.8 Anamnéza PPP a vysoké riziko poporodních komplikací

U žen s touto poruchou hrozí poporodní komplikace ve vyšší míře než u žen zdravých. V odborné literatuře je popisováno, že u žen s PPP jsou až dvakrát častější spontánní potraty, až šestkrát vyšší perinatální úmrtnost, větší riziko porodů poškozených novorozenců a až dvakrát vyšší riziko porodu dětí s nízkou porodní hmotností. Tyto matky bývají během těhotenství více úzkostné, mívají předporodní i poporodní deprese a objevují se u nich vztahové problémy k narozenému dítěti. Například to, že matka s PPP nepřijme své dítě, necítí se připravená na výchovu. Obecně mají pacientky s PPP během těhotenství menší nárůst váhy než zdravé matky. Děti těchto pacientek se rodí s nízkou porodní váhou a menším obvodem hlavičky, než je tomu u zdravých novorozenců. Většina matek s PPP nepocituje během těhotenství stálý hlad a chuť, jako je tomu u matek bez poruchy a kojení berou spíše jako negativní zkušenost. Nevyléčené matky by měly být i po porodu pod stálým odborným dohledem, protože u nich hrozí riziko, že budou nejen sebe málo živit, ale i svému dítěti vnucovat dietní stravování a omezování se v jídle. (Papežová, 2010, str. 219)

4.9 Asistovaná reprodukce

Mnoho klinik pro asistovanou reprodukci své pacientky podceňuje. Je odborně prokázáno, že až polovina klientek trpí nějakou z forem poruch příjmu potravy (mentální

anorexie nebo bulimie). Pacientky s PPP a jejich partneři jsou tak silně motivováni mít potomka, že svou anamnézu tají, i když často vědí, že se dostávají na „tenký led“. Všechny tyto ženy s PPP by měly nejdříve podstoupit adekvátní léčbu a z anorexie či bulimie se před plánovaným otěhotněním vyléčit. Je pozoruhodné, že i partneři pacientek se tuto diagnózu dozvídají často až na klinikách asistované reprodukce a nevědí, že jejich ženy už například mnoho let zvracejí či drží přísné diety. Setkáváme se i s tím, že některé pacientky hledají samy sebe, nemají ujasněný směr života a nevědí, zda vůbec miminko chtějí. Na klinikách se občas lékaři dozvídají, že chtějí pouze vyhovět manželovi a že se na dítě ještě necítí. Některé páry po doporučení vyhledání psychiatrické pomoci zkusí jinou kliniku asistované reprodukce, kde se jim podaří problém utajit. V odborné literatuře je zmiňováno, že otěhotnění pomocí asistované reprodukce vede k velkým komplikacím během těhotenství a porodu, dále pak k poporodnímu ohrožení vývoje dítěte, ale i přechodu PPP do chronické formy a jiným onemocněním matky samotné. Gynekolog pacientky by měl s pomocí psychologa motivovat matku, partnera i rodinu, aby během těhotenství přibrala na váze (minimum 10,5 kg) a měl by ji připravit na období po porodu. Pozitivní je, že v případech PPP jsou poruchy plodnosti sekundární a při včasné léčbě plně vratné.

(Papežová, 2010, 219 - 220)

Společnost bývá o asistované reprodukci málo informována. Tato metoda, někdy považovaná za poslední naději otěhotnění, je určena k léčbě neplodnosti tehdy, kdy jiné metody selhaly nebo nejsou možné. Ale i tato léčba s sebou nese určitá rizika. Pokud lékaři na PPP neprijdou včas a umělé oplodnění provedou, může se stát, že matky nebudou později schopny kvůli své poruše své dítě dostatečně živit a dostanou se do situace, kdy se o jejich chování k dítěti mluví jako o syndromu týraného dítěte. Toto však neplatí pouze pro matky, které trpěly PPP během těhotenství, ale i pro ty, které měly obdobné problémy již před nimi. Na prvním místě proto vždy stojí včasná diagnostika PPP a případné zabránění otěhotnění. Zodpovědností odborníků, kteří nemocnou matku léčí, je i posílení vztahů s partnerem a s rodinou, protože dobře fungující vztah a rodinné vazby jsou v terapii téměř nenahraditelné. Je vhodné, aby těhotná žena chodila na vyšetření vždy s doprovodem, buďto s partnerem nebo jinou blízkou osobou. Blízká osoba se tak stává mediátorem celé komunikace s lékaři a odbornému týmu, tak nemusí uniknout informace z pacientčiny minulosti o tom, zda trpěla nebo trpí PPP. (Papežová, 2010, 219 - 220)

5 VÝŽIVA ŽEN S PORUCHOU PŘÍJMU POTRAVY V TĚHOTENSTVÍ

Během těhotenství je pestrá strava, zejména bohatá na vitamíny a minerály velmi důležitá. A to nejen pro nastávající matku, ale také pro dobré prospívání miminka. Když se matka během těhotenství stravuje, pokrývá tak své potřeby, ale stejně tak potřeby svého dítěte. Celý jídelníček, zvláště u matky s PPP by měl vycházet z potravinové pyramidy a měl by být po celou dobu těhotenství konzultován s nutričním terapeutem. Těhotná žena by měla jíst po menších porcích nejméně pětkrát denně. (Dvořáková in Zpravodaj Anabell, 2008, č. 19, str. 9 - 10)

U většiny matek se během těhotenství mění chutě a pocit hladu. Některé ženy během těhotenství, zvláště v prvních měsících trpí na pálení žáhy, nevolnost spojenou se zvracením. Tento stav se nazývá nauzea (ranní zvracení, postihující asi 70 % těhotných žen) a hypermesis gravidarium (nadměrné zvracení spojené s rozvratem prostředí), nesmíme ho zaměnit se zvracením u žen s PPP, ty většinou zvrací úmyslně ze strachu z nabírání kilogramů. (Dvořáková in Zpravodaj Anabell, 2008, č. 19, str. 9 - 10)

Je velmi důležité, aby nejen zdravá matka, ale i matka s PPP začala s vhodným stravováním a nutriční přípravou ještě před plánujícím otěhotněním. Toto období se často pohybuje v rozmezí dvou až tří měsíců, kdyby si matka měla držet stabilní hmotnost (BMI = 20 až 25) a přijímat vyváženou stravu, tak se sníží možné riziko špatného vývoje plodu a zdraví matky. Pestrá strava je myšlená vyváženým množstvím bílkovin, správným výběrem tuků (především pak esenciálních mastných kyselin, které jsou důležité pro rozvoj nervové tkáně a mozku plodu), vitamínů a také minerálů. Je dobré se vyhnout přepalovanému tuku a smaženým pokrmům. Nedostatek kyseliny listové, železa, jódu, vápníku a vitamínu D může mít za následek nesprávný růst a nízkou porodní hmotnost miminka, proto je důležité tyto živiny během těhotenství matky pečlivě hlídat. Žena by během porodu měla přibrat kolem deseti až dvanácti kilogramů. Přibírat by měla začít kolem desátého týdne těhotenství, přibližně půl kilogramu za týden. (Dvořáková in Zpravodaj Anabell, 2008, č. 19, str. 9 - 10)

U matek s PPP a nadměrným růstem hmotnosti se můžeme setkat s těmito riziky: vysoký krevní tlak, těhotenská cukrovka, zánět žil dolních končetin, vysoká porodní hmotnost dítěte, obtížná kontrola hmotnosti po porodu. A rizika u budoucích matek s nedostatečným

růstem hmotnosti: zpomalený vývoj a růst plodu v děloze, předčasný porod, nízká porodní hmotnost, potrat. (Dvořáková in Zpravodaj Anabell, 2008, č. 19, str. 9 - 10)

5.1 Doporučená skladba potravin obsažená v jídelníčku těhotné matky

Jídelníček těhotné matky s PPP by měl být, jak zde bylo již zmíněno, po celou dobu předporodní péče kontrolován vyškoleným nutričním terapeutem. Jídelníček má být pestrý a obsahovat především tyto potraviny:

- **Obilniny, těstoviny, pečivo, rýže** - tyto potraviny jsou výborným zdrojem škrobu, nestravitelné vlákniny, vitamínů skupiny B, vápníku, železa a bílkovin. Obilniny je vhodné kombinovat s jogurtem, tvarohem, sýry nebo masem. Dále je doporučováno vyhýbat se pečivu ze světlé mouky a nahradit mouku raději celozrnnou nebo tmavou.
- **Ovoce, zelenina** - jsou velkým zdrojem vlákniny, vitamínů a minerálních látek, které jsou zejména v těhotenství potřebné ve vyšší míře.
- **Mléko a mléčné výrobky** - dodávají matce během těhotenství především důležitý vápník a bílkoviny. Samotné mléko je matkám doporučováno pít spíše polotučné nebo nízkotučné. Jako vhodné potraviny pro těhotné matky jsou označovány kysané mléčné výrobky, kefíry a nízkotučné jogurty. Vyhnout by se těhotná žena měla smetaně a slaným sýrům, především pak plísňovým.
- **Ryby, drůbež, maso, vejce** - přináší matce především kvalitní bílkoviny se zastoupením esenciálních aminokyselin, železa a vitamínu B. Ryby by měly být v jídelníčku matky obsaženy minimálně dvakrát týdně, obsahují totiž jód, který je nezbytný pro správný vývoj plodu. Dále se těhotným matkám doporučuje jíst maso krůtí, kuřecí a libové vepřové. Uzeniny a paštiky by měly budoucí matky během těhotenství omezit, obsahují mnoho soli. Tři žloutky týdně, taková je doporučená konzumace vajec pro těhotnou ženu.

(Dvořáková in Zpravodaj Anabell, 2008, č. 19, str. 9 - 10)

5.2 Doporučená skladba vitamínů a minerálů obsažených v jídelníčku těhotné

Veškerá strava matky před a během těhotenství se projeví na placentě, ze které dostává plod veškeré živiny, které potřebuje k růstu a správnému vývoji. Budoucím matkám a zvláště těm s PPP, je doporučováno, aby během těhotenství užívali potravinové doplňky, ale vše by měli raději konzultovat se svým lékařem. Některé vitamíny mohou ve vyšší překročené dávce poškodit plod, proto je nutné jejich hladinu hlídat. U žen, kde je jejich strava nedostačující a nemá správné složení, jako je to u matek s PPP mohou prenatální doplňky stravy více než pomoci. V jídelníčku matky by neměly chybět tyto vitamíny a minerály:

- **Doplnění kyseliny listové** - před početím snižuje zejména rizika vrozených defektů nervové trubice, jako je například rozštěp páteře.
- **Železo** - je potřebné k vytváření červených krvinek, v těle matky se během těhotenství tvoří navíc krev k zásobení placenty a plodu. Snadno vstřebatelné železo nalezne matka například v ledvinkách, v libovém červeném masu, v krocanovi, v kuřatech a sardinkách.
- **Vápník** - se v těle těhotné matky se vstřebává rychleji. Doporučená denní dávka je 700 mg a lze ji dosáhnout větší konzumací mléčných výrobků a olejovek. Budoucím matkám s PPP je doporučeno vápník užívat jako doplněk stravy, protože mívají sklony k lámavosti kostí a trpí na ochablé svalstvo.
- **Hořčík** - je obsažen v mateřském mléce, organismus matky si ho během těhotenství odebírá z kostních zásob, je-li jeho příjem z potravy nedostatečný. Hořčík nalezneme v celozrnné obilnině obohacené otrubami, ořechách a fazolích.
- **Měď** - je součástí mateřského mléka a nachází se v sušených meruňkách, mase, rýži a celozrnných těstovinách.
- **Selen** - tento účinný antioxidant matka nalezne například v chlebu, jádrech para ořechů, rybách a některých zrnech. Specifické studie dokazují, potraty mohou souviset s nedostatečnou hodnotou selenu.
- **Vitamín A** - je důležitý pro buněčný růst, vývoj kůže, buněčných membrán a dalších metabolických funkcí. Doporučená dávka je pro těhotné ženy 700 mcg pro kojící matky je to 900 mcg a toto množství lze snadno získat z běžné stravy, doplňkové preparáty se nedoporučují. Mezi ovoce a zeleninu obsahující beta – karoten patří zejména mrkev, mango,

sladké brambory, meloun, broskve a tmavozelená zelenina. Dále ho může matka nalézt v mléce, másle, sýrech, jogurtech a ledvinkách.

- **Vitamín D** - je během těhotenství a kojení důležitý především jako zdroj pro využití vápníku při stavbě kostí a zubů. Matka přijímá tento vitamín nejčastěji prostřednictvím slunečních paprsků.
- **Vitamín C** - se doporučuje u těhotných žen jako dávka 50 mg denně a matkám během kojení jako dávka 70 mg. Toto množství lze jednoduše získat z ovoce a zeleniny konzumované během dne.
- **Skupina vitamínů B** - jejich potřeba se během těhotenství nezvyšuje. Doplnění je doporučováno matkám s chudou stravou.

(Kanta, Kantová, 2001, str. 364 - 367)

6 PŘEHLED NEJČASTĚJŠÍCH FOREM LÉČBY MATEK S PORUCHAMI PŘÍJMU POTRAVY

V občanském sdružení Anabell mně bylo sděleno, že v posledních deset letech se rozšířil počet metod, jak léčit PPP, zejména pak přístupy psychoterapeutické. Hlavním úkolem a prvním krokem k léčbě je to, aby si matka s PPP vůbec uvědomila a připustila, že PPP má, a že se tu nějaký problém nachází. Je tedy velmi důležitá kontrola budoucí matky, která trpěla PPP, aby si v těhotenství jakýchkoliv změn manžel a rodina všimli (například, že matka se zvracením a s dietami nepřestala). Zamlčení nebo neodhalení PPP v těhotenství vede jen k dalším komplikacím během těhotenství a hlavně k rizikům možnosti postižení plodu a zhoršení stavu matky, jak po stránce psychické, tak i fyzické.

6.1 Rodinná terapie a poradenství

Rodinná terapie je doporučována jako první léčebná metoda PPP, především adolescentům a pacientům žijícím se svou rodinou. U starších pacientek, kde v popředí bývají rodinné konflikty, by měla být rodinná terapie považována jako vhodný doplněk individuální terapie. (Krch a kol., 1999, str. 132)

Důležitým pravidlem pro rodinou terapii je zlepšení komunikace mezi pacientem a rodičem. Rodiče i blízcí pacientky jsou většinou zděšení, cítí se mizerně, často mají zlost na sebe samu i na pacienta, trpí strachem, jsou zoufalí a frustrovaní a většinou si myslí, že se nacházejí v začarovaném kruhu. V tomto stádiu by měla rodina nejprve omezit negativní výroky, myslet pozitivně a hlavně věřit v pacientovo uzdravení a dávat mu to najevo.

(Papežová, 2003, str. 84 - 85)

Ženy s PPP, které žijí s manželem nebo přítelem, využívají rodinnou terapii ve formě partnerské. Je důležité, aby si vzájemně mezi sebou udrželi vyrovnanou moc, snažili se soustředit na to, co jim ve vztahu přináší radost a uměli si udělat čas sami na sebe. Rodinná terapie by proto měla sloužit jako pomocná terapie, zvláště k hlavním léčebným metodám a vždy by měla být konzultována s odborníky na PPP. (Papežová, 2003, str. 88)

6.2 Rozhovor s přítelem, partnerem

Poruchy příjmu potravy bývají často dlouho utajovány a většinou si jich z počátku nevšimne ani nejlepší přítel či partner. Proto krok ke svěření se příteli bývá často tím prvním krokem k nápravě. Pacient si tak sám přizná existenci svého problému a to bývá vždy začátek cesty k hledání té správné léčby a pomoci. Svěřením se příteli a kamarádovi bývá pro pacienta vždy ulevujícím činem a problém mu pak může přijít hned zvladatelnějším. (Maloney, Kranz, 1997, str. 120)

I pro přátele či partnery pacientů s PPP je určena pomoc v občanském sdružení Anabell. Jejich blízcí zde mají možnost dozvědět se více informací o PPP, dále pak jak přistupovat k pacientovi, aby mu neublížili a dokázali mu pomoci v hledání té nejlepší léčby.

6.3 Hospitalizace a částečná hospitalizace

Důvodem hospitalizace pacientů s PPP je především potřeba jejich lékařské stabilizace. Důležitá je aktivní spolupráce pacienta i v případě, zdali je hospitalizace brána jako důležitý krok v procesu uzdravování. Pobyt pacientky v nemocnici se nesoustředí jen na fyzickou stránku, ale i na psychickou stránku, která s PPP souvisí. Jedním z neobtížnějších kroků je přimět pacientku k aktivní spolupráci. (Krch a kol., 1999, str. 129 - 130)

Mezi vodítka, podle kterých se lékař rozhoduje, zda pacientku budou muset hospitalizovat, patří: návrat k optimální hmotnosti a zastavení úbytku váhy (přestat s dietami a cvičením), okamžité ukončení záchvatovitého přejídání a následného zvracení (pomocí projímadel), zhodnocení a léčba jiných vážných zdravotních problémů a v závěru pak léčba přidružených stavů, ke kterým patří deprese, rizika sebepoškozování nebo zneužívání psychotropních látek. (Krch a kol., 1999, str. 129 - 130)

K hospitalizaci lékaři nejčastěji přistupují, když pacientka nedodrží psychologickou léčbu či v případě, kdy je její váha kritická a pacientka nepřijímá potravu a hrozí jí celkové zhroucení organismu. O délce hospitalizace rozhoduje především lékař, ne pacient. Ta se dá snadno vypočítat, je to počet týdnů, často i měsíců nutných k získání alespoň 90 % cílové váhy. U většiny pacientů s PPP je vhodnější formou léčby docházení do denního stacionáře nebo hospitalizace částečná. Pacient se tak nemusí vzdát osobních povinností mimo nemocnici, přitom

je stále součástí strukturované terapie, která se skládá z intenzivní terapie, pravidelného jídelního režimu a je nesporně ekonomicky výhodnější volbou. (Krch a kol, 1999, str. 129 - 130)

6.4 Svépomocné podpůrné skupiny a řízená svépomoc

Některé organizace poskytují svým klientům pouze informace o PPP, jiné provádějí poradenství, jak je tomu také v občanském sdružení Anabell. Občanské sdružení Anabell sídlí v Praze, Brně, Kladně, Ostravě, Zlíně a Plzni. Nabízí klientům poradnu jak pro pacienty, tak i pro své blízké, nutriční poradnu, individuální terapii, skupinovou terapii a terénní poradnu.

Dále se můžeme setkat s tzv. svépomocnými skupinami, které provozují například psychiatrické kliniky v Praze v Bohnicích nebo v Brně Bohunicích. Jedná se o pacienty, kteří mají stejnou poruchu příjmu potravy. Tyto skupiny jsou vedeny odborným poradcem nebo samotným vyléčeným pacientem. Svépomocné skupiny umožňují svým klientům, aby si uvědomili, že se svým problémem nejsou sami a naučili se novými způsoby uvažovat o jídle, o svých dalších vztazích a naslouchat druhým lidem s podobnou diagnózou.

(Maloney, Kranz, 1997, str. 120)

6.5 Kognitivně behaviorální terapie

Kognitivně behaviorální terapie (dále KBT) se stala v současné době jednou z uznávaných léčebných metod mentální bulimie a vytváří teoretické základy pro značnou část léčby mentální anorexie. Pacienti, kteří nejsou vhodnými adepty pro rodinnou terapii v důsledku svého vyššího věku nebo mají středně těžké až vážné příznaky nemoci, těm je KBT výhradně doporučována, především v individuální formě. (Krch a kol., 1999, str. 132)

Tato terapie byla z psychoterapeutických metod vybrána jako ta s nejlepší účinností, především u mentální bulimie vede k úplné nebo částečné remisi. Specifický typ KBT modifikuje patologii stravovacího chování a myšlení. (Papežová, 2010, str. 292)

KBT, která byla vytvořena Fairburnem a kol., zdůrazňuje především pro mentální bulimii tyto hlavní úkoly: vedení si záznamů o jídle, které pacient snědl, zaznamenávání si ve kterém časovém úseku přišlo na pacienta záchvatovité přejídání a kdy nutnost se pročistit, dále

pak popsat myšlenky a pocity, které k tomuto chování vedly, záznamy po pravidelném vážení, změna schématu stravovacího chování (kontrola diet a jídel, kterým se pacient vyhýbal, plánování jídelníčku s cílem normalizovat stravovací chování), změna navyklých chyb, které vedly k rozvoji a udržování PPP a nakonec zavedení prevence relapsu. (Krch a kol., 1999, str. 132 - 133)

Během této terapie provází pacientky s mentální anorexií i bulimií velký strach související s přibýváním na váze. Pacientky s mentální bulimií jsou ujišťovány, že přiberou během terapie jen malý zlomek toho, co by naopak měly přibrat pacientky s mentální anorexií. Především pak u mentální anorexie je důležité vytvoření spolupracujícího terapeutického vztahu, který umožní postupnou podporu pacienta v odstraňování špatných zvyklostí. (Krch a kol., 1999, str. 133)

U budoucích matek s PPP se bere zaznamenávání váhy, jídelníčku a stavů během těhotenství jako běžné a mělo by být po celou dobu předporodní péče kontrolováno a konzultováno s vyškoleným psychoterapeutem a gynekologem.

6.6 Nutriční poradenství

Během léčby PPP a zvláště pak během těhotenství a mateřství je doporučováno spolu s další léčbou a terapiemi zahrnout i terapii nutriční. Odborník na výživu, může zjistit různé alergie na potraviny, dále nedostatek vitamínů, hypoglykémii a další nutriční problémy, které mohou být PPP doprovázeny nebo k nim mohou výrazně přispívat. Nutriční terapeut většinou pacientce vypracuje nutriční plán, který dotyčné umožní snížit nebo zvýšit tělesnou hmotnost. Dále pomáhá řešit problémy, které vznikly u pacientek s anorexií a bulimií v důsledku držení drastických diet, hladovění nebo pročišťování. Po celou dobu těhotenství a i samotné léčby dodržování jídelníčku hlídá a kontroluje ho s dalšími ošetřujícími lékaři a gynekologem. (Maloney, Kranz, 1997, str. 121)

6.7 Farmakoterapie

Farmakoterapie je doporučována u pacientek s mentální bulimií nebo záchvatovitým přejídáním, kterým nepomáhá žádná z terapií, jako je například KBT. Pacientkám jsou většinou nasazována antidepresiva. Je doporučováno, aby u pacientek s mentální bulimií nebyla medikace hlavním způsobem terapie. Měla by sloužit jen jako terapie doplňková k některým typům psychosociální léčby či aby se k ní přistupovalo až v konečné fázi onemocnění. Je vědecky dokázáno, že léky mohou mít na pacientky mnoho negativních a vedlejších účinků. V současnosti je prokázán větší počet relapsů po farmakoterapiích. (Krch a kol., 1999, str. 136 - 137)

U těhotných pacientek s PPP je velmi důležité, aby veškerou medikaci prováděl ošetřující lékař pacientky a vše bylo následně konzultováno s týmem lékařů pacientky.

6.8 Další možné léčebné metody a terapie

Hlavní podmínkou uzdravení pacienta s PPP je přijetí vlastního těla a jeho reálné vnímání. Cílem terapií je vnímat tělo jak potencionálně příjemné, radovat se z fyzických zážitků a vyjadřovat své pocity navenek prostřednictvím emocí. U pacientů s PPP jsou zjištěny pozitivní reakce na tyto léčebné terapie:

- **Fyzioterapie** - pomáhá pacientům s PPP, kteří mají vertebrogenní bolesti. Při terapii se fyzioterapeut zaměřuje na uvolnění svalového napětí a ordinuje takové rehabilitační cviky, které vyrovnávají svalovou dysbalanci a vadné držení těla. Tato terapie učí pacienty, jak mají zacházet a hospodařit s vlastní energií. (Vodičková in Papežová 2010, str. 362)
- **Relaxační cvičení** - přispívá ke zpětnému získání kontroly nad svým tělem. U tohoto cvičení je nutná denní pravidelnost (doporučeno 20 - 25 minut denně, po dobu minimálně dvou týdnů). Terapie se provádí v sedě na židli či v leže na měkké podložce, po celou dobu je technika cvičení provázána relaxační hudbou.
- **Dechová cvičení** - především nácvik břišního dýchání probíhá tak, že terapeut pokládá ruku na břicho pacienta nebo na něj pokládá pomůcku, např. knihu. Pacientky jsou většinou háklivé na jakékoliv doteky okolí.
- **Masáže** - prováděné školeným terapeutem mohou být také zařazeny do terapeutického programu. Řadíme k nim především masáže relaxační či aktivační masáže nohou a zad. Většina terapeutů s masážemi začíná právě tehdy, pokud má pacientka nízké BMI.

- **Integrální hathajóga** - bývá součástí terapeutického programu pacienta s PPP, učí se získat kontrolu nad svým tělem a myslí. Pacienti jsou vybízeni k tomu, aby se během cvičení soustředili na své myšlenky a emoce.
- **Ergoterapie** - skládá se z pravidelného docházení s dívkami s PPP na vycházky, ale především na nákupy potravin či osobních potřeb. Učí je novému způsobu pohybu ve společnosti, jako je například návštěva plovárny, restaurací a jiných kulturních akcí. Dále učí pacientky osvojit si zpětně společenského chování, hlavně pak při stolování, prostírání stolu a chování se u jídla. Cílem terapie je posílení motivace ke změně návyků a naučení se řešit běžné problémy. (Křivohlavá in Papežová, 2010, str. 365)
- **Arteterapie** - je prostředkem uvědomování si sama sebe prostřednictvím výtvarného projevu. Během této terapie se skrze malby a obrázky pozoruje, jak se léčba na pacientovi projevuje. (Papežová, 2010, str. 362 - 367)

7 ROZHOVORY A KAZUISTIKA S MATKAMI, KTERÉ TRPÍ PPP

Během psaní mé bakalářské práce jsem oslovila čtyři matky s PPP a položila jim několik otázek² vztahujících se k jejich nemoci a jejího prožívání během těhotenství a mateřství. Tyto rozhovory a jedna kazuistika by měly ukázat na to, jak se matky se svými PPP dokázaly vypořádat. Mým cílem je touto formou podat „pomocnou ruku“ všem matkám, které těhotné jsou nebo těhotenství plánují a trpí PPP. Poskytnout jim naději v uzdravení a pomocí rozhovorů jim zodpovědět jejich často kladené dotazy. Rozhovory jsou čistě anonymní a veškerá jména jsou smyšlená.

7.1 Rozhovor - Jana, 37 let

- **Jak dlouho trpíte nebo jste trpěla PPP?** *Ve 14 letech jsem začala chtít zhubnout, po „blbě“ připomínce na můj zadek. Ted' je mi 37 let. Když odečtu dva roky, co jsem byla na dietě po zánětu slinivky, dále pak těhotenství a kojení tak, 4 roky jsem byla bez problémů. Jinak plus minus celou tu dobu.*
- **Jakou formou PPP trpíte (mentální anorexie, bulimie)?** *Mentální bulimie.*
- **Co si myslíte, že bylo příčinou Vaší poruchy příjmu potravy?** *Snaha zavděčit se všem (okolí), dále pak únik před realitou.*
- **Cítíte se nyní zdravá?** *Ne, ale myslím si, že jsem na tom nejlíp, co jsem kdy v akutních fázích byla.*
- **Kde jste se léčila/léčíte nyní s PPP?** *Ted' docházím do psychologické ambulance a беру antidepressiva. Před rokem a půl jsem byla 6 týdnů v Brně - Bohunicích v psychiatrické léčebně.*
- **Máte nyní dítě?** *Ano, mám dva chlapečky.*

² Seznam otázek - Příloha č. 1

- **Jak jste se o sebe starala během těhotenství?** *Byla jsem „vzorná“, těšila jsem se na miminko, žila jsem jen pro to dítě v bříšku a jedla jsem vlastně pro něj. Když jsem jedla pro dítě, tak mi problémy zcela odezněly.*
- **Bylo těhotenství plánované?** *Obě dvě těhotenství byla plánovaná.*
- **Bála jste se během těhotenství nabírání kilogramů?** *Ne, vůbec jsem se nebála.*
- **Bylo pro Vás nabírání kilogramů nepříjemným zážitkem z těhotenství?** *Ne, bylo mi to jedno, hlavně jsem chtěla, aby dítě bylo v pořádku.*
- **Pamatujete si, kolik kilogramů jste přibližně přibrala během těhotenství?** *Při prvním těhotenství jsem přibrala 30 kg, při druhém 24 kg.*
- **Věděli lékaři (Váš gynekolog) o Vaší poruše? Nebo jste ji během těhotenství skrývala?** *Ne, nikdo nic nevěděl.*
- **Jaký byl pro Vás porod?** *Byl přirozený a bez komplikací.*
- **Byl porod uskutečněný v domácím prostředí nebo v porodnici?** *Byl v porodnici.*
- **Myslíte si, že stravujete Vaše dítě správně nebo máte pochybnosti?** *Určitě správně, úplně přirozeně, žádná „křeč“.*
- **Jak se stravujete nyní Vy sama? Bojíte se tučného a sladkého jídla?** *Ne, nebojím, ale na váze mi záleží.*
- **Cítíte se nyní šťastná?** *Ano.*
- **Jaký by byl Váš vzkaz pro ženy s PPP, které čekají dítě?** *Hlavně ať jsou šťastné.*

Paní Jana trpí mentální bulimií již od adolescentního období. Její porucha se střídá s obdobím klidu a s relapsy. Je zajímavé, když zjistila, že čeká první miminko, rázem začala jíst a snažila se, aby dítě rostlo. Přestala zvracet, lékaře ale o své chorobě neinformovala. On sám si během těhotenství u pacientky ničeho nepovšiml, což je velmi častý případ u většiny matek s PPP během těhotenství.

Stejně tomu tak bylo i druhého miminka. Po každém porodu se však PPP opět objevily. Pro paní Janu není neobvyklé, že dala během těhotenství přednost dítěti a ne bulimii (mateřské „pudy“ se snaží vytlačit pudy, které vyvolávají zvracení, kvůli kterým ženy chtějí hubnout a nepřibývat na váze). Jako jedné z mála matek jí přibývání na váze nedělalo žádný problém, jak již v rozhovoru zmínila. Váhu si nehlídala, jako jiné otázané matky. Jak uvedla

v rozhovoru, nyní se snaží jíst zdravě, na váze ji ale stále záleží a hlídá si ji. Své chlapce se snaží stravovat dobře, neupírá jim sladkosti a nechává všemu volný průběh.

7.2 Rozhovor - Ivana, 30 let

- **Jak dlouho trpíte nebo jste trpěla PPP?** *PPP trpím již od dvaceti let, takže už to bude skoro deset let.*
- **Jakou formou PPP trpíte (mentální anorexie, bulimie)?** *Trpím, mentální bulimií.*
- **Co si myslíte, že bylo příčinou vaší poruchy příjmu potravy?** *Obrovská touha být štíhlá.*
- **Cítíte se nyní zdravá?** *Ne, ovšem po zaniklém těhotenství v loňském roce jsem si řekla, že takhle to dál nejde. Zatím jsem v pořádku, možná je to způsobeno nynějším těhotenstvím, ale uvědomuji si, že to může kdykoliv vypuknout znovu.*
- **Kde jste se léčila/léčíte nyní s PPP?** *Nikdy jsem se neléčila u odborníka, občas jsem navštívila některou z anonymních poraden.*
- **Máte nyní dítě?** *Ano, mám dvouletého chlapečka a nyní čekáme další dítě.*
- **Jak jste se o sebe starala během těhotenství?** *Myslím, že jsem měla stejný režim jako před těhotenstvím, do nástupu na mateřskou dovolenou jsem chodila do zaměstnání, navíc jsem cvičila akorát gravid jógu, užívala těhotenské vitamíny a ke konci těhotenství hodně odpočívala. Toto těhotenství se snažím hodně odpočívat, pokud mi to synek a partner dovolí. Užívám těhotenské vitamíny, bohužel cvičit díky běžným komplikacím v těhotenství zatím nemohu.*
- **Bylo těhotenství plánované?** *Ano, všechna tři těhotenství (pokud počítám i to zatajené těhotenství) byla plánovaná.*
- **Bála jste se během těhotenství nabírání kilogramů?** *Spíše jsem byla vždy v šoku, jak rychle jde váha nahoru. Nyní to pociťuji stejně.*
- **Pamatujete si, kolik kilogramů jste přibližně přibrala během těhotenství?** *V prvním těhotenství jsem nabrala 16 kg, nyní jsem v pátém měsíci a přibrala jsem 4,5 kg.*
- **Bylo pro Vás nabírání kilogramů nepříjemným zážitkem z těhotenství?** *Bohužel, ano.*
- **Věděli lékaři (Váš gynekolog) o Vaší poruše?** *Nebo jste ji během těhotenství skrývala?*
Ne, lékař o poruše příjmu potravy u prvního těhotenství nevěděl, nyní také nic netuší.
- **Jaký byl pro Vás porod?** *Samotný porod byl rychlý a bolestivý, ale později se pro mne stal nejkrásnějším zážitkem v životě.*

- **Byl porod uskutečněný v domácím prostředí nebo v porodnici?** *Ne, rodila jsem v porodnici.*
- **Jaká terapie Vám během těhotenství nejvíce pomohla?** *Psychicky i fyzicky pro mne byla velkým přínosem jóga.*
- **Myslíte si, že stravujete Vaše dítě správně nebo máte pochybnosti?** *Stravuji ho podle svého nejlepšího svědomí*
- **Jak se stravujete nyní Vy sama? Bojíte se tučného a sladkého jídla?** *Jelikož jsem opět těhotná, tak se snažím jíst hodně zeleniny a ovoce, nemám obecně ráda smažená jídla a vyhýbám se jídlům ze stánků a často i z restaurací.*
- **Cítíte se nyní šťastná?** *Ano, cítím.*

Paní Ivana, stejně jako matka z předešlého rozhovoru, svou PPP před lékaři skrývá. Během dvou těhotenství porucha ustoupila, žena se snaží co nejlépe stravovat. Jinak je to už s přibýváním na váze. To Ivaně vadí, takže se může předpokládat, že po porodu se porucha opět vrátí, pokud nevyhledá pomoc odborníků. Své první těhotenství však nezvládla, těhotenství bylo „zatajené“, matka během něj stále hubla. Kdyby vše včas nahlásila svému lékaři, nebo on si toho sám všiml, nemuselo by těhotenství skončit potratem. V současnosti se paní Ivana snaží jíst vyváženou stravu a cvičit gravid jógu, která ji pomáhá po psychické i fyzické stránce.

7.3 Rozhovor - Lenka, 31 let

- **Jak dlouho trpíte nebo jste trpěla PPP?** *Od dvanácti let, s pauzami je to už skoro čtrnáct let.*
- **Jakou formou PPP trpíte (mentální anorexie, bulimie)?** *Mentální anorexie.*
- **Co si myslíte, že bylo příčinou Vaší poruchy příjmu potravy?** *Hlavně asi touha na sebe ukázat (lidé si mne moc nevšíмали), chtěla jsem udělat něco, aby mě viděli, mimochodem to nezabralo.*
- **Cítíte se nyní zdravá?** *Celkem ano.*
- **Kde jste se léčila/léčíte nyní s PPP?** *Na specializovaném oddělení pro PPP ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze.*
- **Změnil se Váš postoj k PPP, během toho, co jste si jimi prošla/procházíte?** *Těžko říct, už vidím spoustu věcí, co jsem neviděla, ale zase jsou zažité věci, které dělám i po „vyléčení“.*

- **Máte nyní dítě?** *Dvě (z toho jedno na cestě).*
- **Jak jste se o sebe starala během těhotenství?** *Nijak zvlášť u prvního těhotenství, u druhého se snažím o sebe více pečovat.*
- **Bylo těhotenství plánované?** *První ano, druhé nikoliv.*
- **Bála jste se během těhotenství nabírání kilogramů?** *U prvního těhotenství jsem měla panickou hrůzu z přibírání na váze, u druhého je strach, ale zase se snažím nekrotit v jídle.*
- **Pamatujete si, kolik kilogramů jste přibližně přibrala během těhotenství?** *Během prvního těhotenství jsem nakonec přibrala 13 kg - z toho 2,5 kg díky otokům v posledních 2 měsících. Během druhého zatím 2,5 kg, ale teď mne čeká poradna, takže uvidím, nemám doma váhu.*
- **Bylo pro Vás nabírání kilogramů nepříjemným zážitkem z těhotenství?** *Ano, na váhu jsem stoupala s odporem, ostatně teď se toho také bojím, ale už vím, že kilogramy půjdou zase dolů.*
- **Věděli lékaři (Váš gynekolog) o Vaší poruše? Nebo jste ji během těhotenství skrývala?** *Ne, můj lékař byl naivní, stačilo mu říct, že jsem prostě štíhlá odjakživa.*
- **Jaký byl pro Vás porod?** *Celkem rychlý a téměř bezbolestný.*
- **Byl porod skutečně v domácím prostředí nebo v porodnici?** *Rodila jsem v porodnici.*
- **Jaká terapie Vám během těhotenství nejvíce pomohla?** *Během těhotenství jsem nepodstupovala žádnou terapii, hlavní pro mne bylo, aby dítě bylo zdravé.*
- **Myslíte si, že stravujete Vaše dítě správně nebo máte pochybnosti?** *Snažím se ho stravovat dobře, hlídám, aby jedl kvalitně, vyváženě, ale nechybí mu ani sladkosti.*
- **Jak se stravujete nyní Vy sama? Bojíte se tučného a sladkého jídla?** *Snažím se jíst vyváženě, tučná jídla stále nejím, sladkostem už se ale nevyhýbám.*
- **Cítíte se nyní šťastná?** *Aktuálně, jak kdy. Je to i tím, že těhotenství nebylo plánované, takže člověk řeší spoustu problémů kolem. Ale řekla bych, že v celku šťastná jsem.*
- **Je ještě něco co byste mi ráda sdělila?** *Jsem hodně ráda, že moje první dítě je i po těch problémech zdravé a hodně si vážím toho, že jsem dostala novou šanci. Byť jsou chvíle, kdy bych šla do recidivy. Hodně mi pomáhá muž, který o mé minulosti ví a „hlídá“ mne.*
- **Jaký by byl Váš vzkaz pro ženy s PPP, které čekají dítě?** *Aby vyhledaly pomoc a myslely hlavně na to miminko, protože díky PPP mu můžou hodně ublížit (nejen okamžitě, ale „zadělat“ na stálé zdravotní problémy).*

Paní Lence je velkou oporou její muž, při rozhovoru ho moc chválila a říkala, že jí se vším pomáhá a hlavně jí dokáže naslouchat a poskytnout pomoc. Jak je tomu i u předchozích dvou případů, tak ani u paní Lenky její gynekolog nevěděl o PPP. Paní Lenka mu nic nesdělila a on sám také nic nepoznal. Matka se snaží během těhotenství zdravě stravovat. Na své poslední „hladovky“ a cvičení si už ani nevzpomene, nyní žije opět jen dítětem. Miminko je neplánované, a tak se Lence vyskytlo pár pracovních problémů, které již dnes neřeší hladověním, ale vše konzultuje se svým manželem (dříve problémy v práci řešila hladovkami a cvičením).

7.4 Kazuistika - Markéta, 27 let

Markéta trpěla PPP téměř třináct let. Vše začalo špatnými vztahy v rodině. Nyní má velkou podporu ve svém manželovi a dvou dětech. Téměř rok je bez diet a snaží se normálně stravovat a nadměrně necvičit.

Rodinná anamnéza

Markéta se narodila rodičům, Janě a Martinovi v lednu roku 1987. Jana tehdy byla ještě studentka vysoké školy a Martin „čerstvý“ absolvent. Na mateřskou dovolenou nastoupila místo Jany její matka Věra (babička Markéty). Babička Věra, která s mladou rodinou žila, byla již dva roky bez manžela a malá vnučka byla jejím velkým rozptýlením během penze. Paní Věra byla velmi vitální a o Markétu se dobře starala. Matka i otec Markéty chodili denně do zaměstnání a svou dceru téměř nevidali. Výjimku tvořily pouze společné víkendy. Markétě chyběla láska a doteky ze strany rodičů. Sama říká, že nikdy nezažila, že by ji matka pohladila a s otcem ji za něco pochválili. Během dospívání ji začali rodiče nutit do vrcholového sportu, jelikož oba dva hráli závodně tenis. Markétě se ve sportu příliš nedařilo a rodiče jí to dávali často velice negativně najevo. Markéta musela nastoupit po základní škole na gymnázium, kam sama nechtěla, ale rodiče jí nedali jinou možnost. Pro matku i otce bylo nejdůležitější, aby po dokončení středního vzdělání pokračovala na vysoké škole. Pro rodiče Markéty nepřipadala jiná možnost v úvahu. Otec i matka Markétě často vytýkali, že je silná a musí zhubnout, chce-li se někdy dostat na mistrovství světa v atletice. Markéta začala od čtrnácti let držet diety a snažila se zhubnout. Po gymnáziu se seznámila s Markem, svým nynějším mužem. Společně se přestěhovali

do vlastního bytu. Markéta začala pracovat jako asistentka v cestovní kanceláři a nyní má dvě krásné děti. S rodiči se Markéta stále stýká, udržují relativně dobrý vztah, na minulost se snaží všichni zapomenout.

Osobní anamnéza

I když se na první pohled může zdát, že se Markéta nenarodila jako plánované dítě, opak je pravdou. Matka Markéty byla se svou matkou Věrou dohodnutá ohledně jejího zastoupení na mateřské dovolené po půl roce. Markéta byla od mládí nucena do vrcholového sportu, který však nezvládala, tím nesplnila očekávání rodičů. Po častých poznámkách ze strany rodičů na svoji váhu, začala s tvrdými dietami a cvičením. Denně po tréninku atletiky chodila ještě večer běhat a ráno před studiem navštěvovala blízkou posilovnu. Markéta vzpomíná, že každý večer před spaním musela udělat sto dřepů, aby byla spokojená. Nejvíce se Markéta chtěla zavděčit rodičům. I když na ni babička vyvíjela nátlak, aby více jedla, Markéta naopak o to více cvičila a jídlo přede všemi schovávala. Přesto byli rodiče stále nespokojení. Markéta si uvědomuje, že nikdy nepocítila rodičovskou lásku. Sama má pocit, že jejich city nebyli upřímné. Během dospívání jí od rodičů velmi chybělo mazlení a hlavně pochvala. Babička Markétu milovala, ale veškerou lásku nahradit nedokázala. Po skončení gymnázia se Markéta seznámila s Markem, kterého si po roce vzala za muže. Ten je nyní její velikou oporou, podporuje ji, aby dodržovala správnou životosprávu, a hlavně jí pomáhá s výchovou jejích dvou dětí. Markéta si postupně zvyká na to, co jako dítě ve své rodině nezažila. S manželem Markem se je snaží děti často chválit a dávat jim najevo svoji lásku. Ve vztahu k rodičům nepociťuje zlost či nenávist, snaží se na minulost zcela zapomenout.

Zdravotní anamnéza

Jak již bylo zmíněno, Markéta trpí PPP od čtrnácti let. Nyní se téměř rok snaží správně stravovat a nedržet diety.

Během svého prvního a druhého těhotenství se Markéta snažila před PPP ubránit. Začala se řádně stravovat a chtěla, aby se plod správně vyvíjel. Na váhu během těhotenství nestoupala, z přibývajících kilogramů měla strach, ale na jídle se „nešidila“. Jak Markéta sama říká: „*V hlavě mi cvaklo, nejdůležitější pro mne tehdy bylo dítě*“. Tím, že trpí PPP, se svému gynekologovi ani při jednom těhotenství nesvěřila, bála se a neměla k lékaři dostatečnou důvěru. Recidivu měla před rokem, kdy porodila druhého chlapečka. Po porodu nebyla spokojená se svojí postavou, proto začala opět cvičit a hubnout. Váha jí klesla z 80 kg na necelých 39 kg. Byla nutná hospitalizace a týden setrvala na umělé výživě. Od té doby se snaží pravidelně stravovat, vše kontroluje společně s manželem.

Markéta podstoupila v minulosti (v osmnácti letech) léčbu u psychologa, sama říká, že si s ním nerozuměla, proto jej po půl roce opustila. Na začátku vztahu s Markem začala navštěvovat Markéta anonymně občanské sdružení Anabell v Praze, kam chodila na skupinovou terapii. I jejímu manželovi sdružení pomohlo. Dozvěděl se jak PPP chápat, a jak může Markétě pomoci on sám. Nyní se Markéta cítí zdravá, váží necelých 60 kg. Dodnes nejí tučná jídla a sladké si vezme jen výjimečně. Markéta říká, že s manželem dbají u dětí na zdravou a vyváženou stravu, přesto jim občas neodeprou sladkosti.

Diagnóza

V osmnácti letech, poté co se stala Markéta plnoletou, chtěla nad mentální anorexií převzít kontrolu, proto začala navštěvovat psychologa. Následně byla anorexie Markétě skutečně diagnostikována. Rodiče ji k léčbě nenutili. Babička se snažila v léčbě Markétu podporovat, ale neměla dostatečné znalosti a informace ohledně choroby, a proto Markétě nedokázala poskytnout adekvátní pomoc. S psychologem si Markéta příliš nerozuměla, proto za ním přestala docházet. Občanské sdružení Anabell, Markéta navštívila až poté, kdy začínala budovat nový vztah s Markem. Opět se chtěla pokusit mentální anorexií postavit čelem. Skupinová terapie jí velmi pomohla. Dále pravidelně docházela k nutriční terapeutce, která jí mimo jiné sestavila správný jídelníček. Markétě se dařilo vše dodržovat a myslela, že už má s PPP vyhráno. Po druhém

těhotenství přesto začala znovu hubnout a držet diety. Při své výšce 179 cm, vážila necelých 39 kg, byla hospitalizována a ponechána na umělé výživě. Její BMI bylo 12,2, což označuje podváhu, která ohrožuje pacienta na životě. Ideální váha k 179 centimetrům je okolo 70 kg.

V současné době žádného psychologa nenavštěvuje, vše řeší pouze s manželem. Markéta říká: „*Pokud má žena dobrého manžela, který jí umí naslouchat a pomoci, společně to zvládnou.*“ V budoucnosti by ráda anonymní terapii opět podstoupila, už jen proto, aby předala své zkušenosti. Sama si uvědomuje závažnost této choroby, a proto říká: „*Nikdy není vyhráno.*“

Prognóza

Pokud se bude Markéta správně stravovat a manžel Marek ji bude stále oporou, má velkou šanci, že by se recidivy nemusely opakovat. Jak tvrdí i Markéta, stále není vyhráno, proto je doporučeno, vedle „pohodového žití“ s manželem Markem, začít navštěvovat i určitý druh skupinové nebo individuální terapie. Je potřeba nechávat si průběžně kontrolovat jídelníček odborným nutričním terapeutem a při jakýchkoliv zdravotních problémech nahlásit ošetřujícímu lékaři, že Markéta dříve trpěla PPP. Při posledním vážení v dubnu 2014, se Markéty váha pohybovala okolo 65 kg, její BMI je 20,3, což značí, že její váha se pohybuje v normálu. Neoznámení této diagnózy během těhotenství, byla velká chyba, i když obě děti Markéty jsou nyní v pořádku. Když bude Markéta dodržovat podobný životní styl jako nyní, je velká šance, že by mohly PPP přejít do klidové fáze. Markéta by se měla i nadále vyhýbat stresovým situacím a nepohodě, nebo se s nimi formou terapie naučit vyrovnávat.

7.5 Shrnutí rozhovorů a kazuistiky

Všechny pacientky, které mně poskytly rozhovor či kazuistiku začaly trpět PPP již v období dospívání. Během těhotenství ani jedna z pacientek nenahlásila svému ošetřujícímu gynekologovi nebo jiným lékařům, že trpí určitou formou PPP (normu 9 - 15 kg příbrání i správné stravování během těhotenství dodržely všechny matky). Své zkušenosti s mentální anorexií nebo bulimií nenahlásily z důvodu, že neměly k lékaři dostatečnou důvěru nebo jim to nepřišlo důležité. Nyní se cítí šťastně, snaží se chodit na určité druhy terapií, konzultovat vše s rodinou, řádně se stravovat, vyhýbat se krizovým situacím a tím pádem předcházet recidivám poruchy.

Současně všechny uvádí, že své děti v jídelníčku neomezují. Dopřávají dětem sladkosti, nenutí je k vegetariánství nebo držení diety. Podle psychologů a nutričních terapeutů, by měl být jídelníček dětí matky, která trpěla dříve PPP, i nadále kontrolován. Nejen otcem dětí, tak i samotným nutričním terapeutem nebo pediatrem. Je také dobré, že všechny matky mají ve svém okolí podporu, jak ze strany přítele či manžela, tak i nejbližší rodiny a přátel.

Závěr

Podstatou mé práce bylo zabývat se poruchami příjmu potravy během těhotenství a mateřství. Zjistit, jak funguje reprodukční systém matek s PPP, jaké mohou být důvody předporodních a poporodních komplikací, jaké mohly být příčiny začátku jejich poruchy a v neposlední řadě, jaká je pro matky vhodná výživa a terapie během těhotenství a mateřství.

Vzhledem k tomu, že jsem se v odborné literatuře s tímto tématem téměř nesetkala, bylo pro mne složité vyhledat literaturu zaměřující se konkrétně na PPP v těhotenství a mateřství. Nebylo ani snadné vyhledat ženy, které touto diagnózou trpí a již mají dítě nebo jsou těhotné. I když jsem měla možnost praxe v občanském sdružení Anabell, kam klientky s PPP docházejí, ale pouze anonymně, musela jsem své respondenty pro rozhovor a kazuistiku vyhledat jinde. Matky s PPP vhodné pro rozhovory jsem hledala v internetových diskuzích, zaměřených na problémy během těhotenství, na péči o novorozence a možné komplikace s touto péčí spojené. Po oslovení matek jsem se s každou zvlášť sešla a zeptala se jí na několik otázek a vyslechla její příběh.

Pokládala jsem si často otázky, proč se odborná literatura téměř nezmiňuje o poruchách příjmu potravy a jejich vlivu na mateřství. Přece jen je mnoho žen, trpících mentální anorexií nebo bulimií, často vystupujících v mediálním světě, které dítě mají nebo ho čekají. Během rozhovorů s matkami s PPP a terapeuty (Příloha č. 2) jsem našla odpovědi. Většina těhotných žen svému gynekologovi a ošetřujícímu lékaři svou dosavadní nebo minulou diagnózu PPP vůbec nesdělí a bere ji jako nepotřebnou a nedůležitou informaci. Opak je však pravdou. Gynekologové a porodníci si pak „lámou hlavy“ s předporodními a poporodními komplikacemi a nenachází odpovědi na předčasné porody, potraty či nečekaná postižení novorozence.

Celá práce mi umožnila získat nový pohled na poruchy příjmu potravy v průběhu těhotenství a mateřství. Rozhovory mi daly příležitost nahlédnout do soukromí matek s touto diagnózou a pochopit, že vše má určitou příčinu, ale také důsledek. Uvědomila jsem si také, jak je důležité mít oporu v rodině a v přátelích i vědět na koho se obrátit.

Seznam použité literatury

Bibliografické zdroje

1. CLAUDE-PIERRE, Peggy. *Tajná řeč a problémy poruch příjmu potravy: jak rozumět příčinám anorexie a bulimie a jak je léčit*. Praha: Pragma, 2001, 264 s. ISBN 80-720-5818-5.
2. COOPER, Peter J. *Mentální bulimie a záchvatovité přejídání: jak se uzdravit*. Překlad Jana Krchová. Olomouc: Votobia, 1995, 207 s. ISBN 80-858-8597-2.
3. KANTA, Jiří a KANTOVÁ, Jarmila, překlad. *Léčivá moc vitaminů, bylin a minerálních látek*. Vyd. 1. Praha: Reader's Digest Výběr, 2001, 416 s. ISBN 80-861-9624-0.
4. KRCH, František David, et al. *Poruchy příjmu potravy: vymezení a terapie*. Praha: Grada, 1999, 238 s. ISBN 80-716-9627-7.
5. KRCH, František David. *Bulimie: jak bojovat s přejídáním*. 2., dopl. vyd. Praha: Grada, 2003, 170 s. Psychologie pro každého. ISBN 80-247-0527-3.
6. KRCH, František David. *Mentální anorexie*. 2., přeprac. vyd. Praha: Portál, 2010, 259 s. ISBN 978-807-3678-074.
7. KRCH, František David a MÁLKOVÁ, Iva. *SOS nadváha*. 2., přeprac. vyd. Praha: Portál, 2001, 236 s. ISBN 80-717-8521-0.
8. KRCH, František David a MARÁDOVÁ, Eva. *Poruchy příjmu potravy: Výchova ke zdraví. Příručka pro učitele*. Praha: VÚP ve spolupráci s MŠMT ČR, 2003, 32 s.
9. LEIBOLD, Gerhard. *Mentální anorexie: příčiny, průběh a nové léčebné metody*. Vyd. 1. Překlad Lidia Běhounková. Praha: Svoboda, 1995, 140 s. ISBN 80-205-0499-0.
10. MALONEY, Michael a KRANZ, Rachel. *O poruchách příjmu potravy*. Vyd. 1. Překlad Jana Krchová. Praha: Nakladatelství Lidové noviny, 1997, 153 s. Linka důvěry. ISBN 80-710-6248-0.
11. NOVÁK, Michal. *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. Vyd. 1. Brno: Cerm, 2010, 105 s. ISBN 978-80-7204-657-7.
12. PAPEŽOVÁ, Hana. *Bulimia nervosa: příručka pro všechny, kteří nemocí trpí - postižené samotné, jejich rodiny, přátele, partnery a některé odborníky (učitele a lékaře první linie)*. Praha: Psychiatrické centrum, 2003, 109 s. ISBN 80-851-2181-6.
13. PAPEŽOVÁ, Hana. *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. Praha: Grada, 2010, 424 s. ISBN 978-80-247-2425-6.

14. PLHÁKOVÁ, Alena. *Učebnice obecné psychologie*. Vyd. 1. Praha: Academia, 2011, 472 s. ISBN 978-80-200-1499-3.
15. ZELINKOVÁ, Olga. *Pedagogická diagnostika a individuální vzdělávací program: [nástroje pro prevenci, nápravu a integraci]*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2007, 207 s. ISBN 978-807-3673-260.

Časopisy, sborníky a jiné zdroje

1. DVOŘÁKOVÁ, Ivana. *Výživa v těhotenství*. In: Zpravodaj Anabell: těhotenství a mateřství. Brno: Občanské sdružení Anabell, 2008, č. 19, s. 9 - 10.
2. PAPEŽOVÁ, Hana. *Ženy s poruchou příjmu potravy a těhotenství*. In: Moderní babičtví: odborný časopis pro porodnictví a gynekologii. Praha: Lavret 2004, č. 5, s. 28-30. ISSN 1214-5572.

Seznam příloh

Příloha č. 1, str. 59.: Otázky z rozhovoru pokládáné matkám s PPP

Příloha č. 2, str. 60.: Rozhovor s psychoterapeutem, internistou a psychologem

Příloha č. 1

- **Jak dlouho trpíte nebo jste trpěla PPP?**
- **Jakou formou PPP trpíte (mentální anorexie, bulimie)?**
- **Co si myslíte, že bylo příčinou Vaší poruchy příjmu potravy? Cítíte se nyní zdravá?**
- **Kde jste se léčila/léčíte nyní s PPP?**
- **Změnil se Váš postoj k PPP, během toho, co jste si jimi prošla/procházíte?**
- **Máte nyní dítě?**
- **Jak jste se o sebe starala během těhotenství?**
- **Bylo těhotenství plánované?**
- **Bála jste se během těhotenství nabírání kilogramů?**
- **Pamatujete si, kolik kilogramů jste přibližně přibrala během těhotenství?**
- **Bylo pro Vás nabírání kilogramů nepříjemným zážitkem z těhotenství?**
- **Věděli lékaři (Váš gynekolog) o Vaší poruše? Nebo jste ji během těhotenství skrývala?**
- **Jaký byl pro Vás porod?**
- **Byl porod uskutečněný v domácím prostředí nebo v porodnici?**
- **Jaká terapie Vám během těhotenství nejvíce pomohla?**
- **Myslíte si, že stravujete Vaše dítě správně nebo máte pochybnosti?**
- **Jak se stravujete nyní Vy sama? Bojíte se tučného a sladkého jídla?**
- **Cítíte se nyní šťastná?**
- **Je ještě něco co byste mi ráda sdělila?**
- **Jaký by byl Váš vzkaz pro ženy s PPP, které čekají dítě?**

Příloha č. 2

Rozhovor - Jan Kulháněk, psycholog a psychoterapeut

- **Setkal jste se někdy s pacientkou s PPP, která plánovala nebo měla dítě?** *Ano setkal, hned několikrát. Pokud se žena léčí s PPP delší dobu a její nemoc se nenachází v akutní fázi (nemá extrémní podváhu a nezvrací), pak je těhotenství častější a někdy funguje jako motivace dát se dohromady. V akutní fázi nemoci je těhotenství podle mého názoru bráno jako tragédie.*
- **Jakou terapii jste matce s PPP doporučil a jakou podstoupila?** *Vždy doporučuji terapii podle toho, co je třeba všechno léčit. Zde je důležitá multidisciplinární spolupráce psychologa, někdy psychiatra s internistou, nutričním specialistou a gynekologem. Psychoterapie se odvíjí podle fáze onemocnění. Důležité je propracování náhledu na nemoc a velká podpora.*
- **Měla budoucí matka během těhotenství nějak upravený jídelníček a musela Vás častěji navštěvovat?** *Vždy jde o dodržování pravidelné stravy, frekvence spolupráce se těhotenstvím neměnila.*
- **Musela být matka častěji hospitalizována během těhotenství než ostatní zdravé matky?** *To asi ne, ale mnohem častěji šlo v případech těhotných matek s PPP o rizikové těhotenství.*
- **Donosila matka miminko a je nyní v pořádku?** *Pokud vím, tak většina případů dopadla dobře, ovšem v nemocnici se setkáváme s dětmi, které mají za matku neléčenou anorektičku či bulimičku, kde je to pak velmi zoufalé.*

Rozhovor - MUDr. Sylva Opletalová, internista

- **Měla jste někdy pacientku s PPP?** *Ano, měla. Byla z okolí širšího příbuzenstva.*
- **Obrátila se k Vám o pomoc?** *Pacientka s PPP své onemocnění nevnímala a nepřipouštěla si ho jako problém, alespoň v úvodní fázi onemocnění. Spíše na něj upozornila rodina.*
- **Jaké pracoviště jste jí doporučila?** *Doporučila jsem ji zkušenou lékařku, dětského psychiatra. Lékařka má letitou praxi v oboru z klinického pracoviště, Fakultní nemocnice Olomouc.*
- **Chovala jste se k ní jinak než k běžným pacientkám?** *Ano, tyto pacientky potřebují odbornou pomoc. Ihned jsem vyhledala dětského psychiatra, viz předchozí otázka.*
- **Přetrvávaly PPP i po porodu?** *Pacientka dosud nerodila ani dítě nečeká.*
- **Má nyní problémy se stravováním sebe samotné?** *Pacientka po vyléčení s mentální anorexie je vegetariánka, hlídá si váhu a nejí tučná a sladká jídla.*

Rozhovor - MUDr. Michael Krs, psycholog

- **Setkal jste se někdy s pacientkou s PPP, která plánovala nebo měla dítě?** *Ano, pacientek, co čekaly miminko a nyní mají dítě, jsem měl již dost. Je zajímavé, že u některých se vyskytly PPP až po těhotenství.*
- **Donosila matka miminko a je nyní v pořádku?** *Ano, se všemi případy, co jsem se sám setkal, tak matka dítě donosila a jsou nyní v pořádku. Pokud byl během těhotenství nějaký problém, nebyl způsobený špatným stravováním nebo obecně PPP.*
- **Musela být matka častěji hospitalizována během těhotenství než ostatní zdravé matky?** *S častou hospitalizací jsem se sám nesetkal, matka ale musela navštěvovat více svého gynekologa na pravidelných prohlídkách.*

Summary

Poruchy příjmu potravy a jejich vliv na mateřství

Eating Disorders and Their Influence on Motherhood

Marie Vavrušková

The aim of my thesis was to focus on eating disorders during pregnancy and maternity. To find out how the reproductive system of mothers with ED works, what the pre-labor and post-partum complications may be, what the origins of their disorder may have been and finally, what the appropriate diet and therapy during pregnancy and maternity may be.

The work on the thesis showed me a new point of view of eating disorders during pregnancy and maternity, especially thanks to three anonymous interviews with mothers with ED and one casuistry. The interviews and casuistry allowed me to look into the privacy of mothers with ED and answer frequently asked questions. They also helped me understand that everything has a definite origin and also consequences. The most important thing is to have support from family and friends and choose the best therapy that the patient will be satisfied with.